Rok XLIX. Kraków, dnia 11. czerwca 1910. Nr 24.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Problemat dziedziczności w patologii.

(Podług wykładu na uroczystem posiedzeniu Wydziału lekarskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu w dniu 17. kwietnia 1909).

Napisał

Dr Karol Klecki.

Wstęp. Z pośród różnych zagadnień biologicznych problemat dziedziczności w ostatnich czasach wysunął się na jedno z miejsc naczelnych. Sprawą tą zajmują się coraz więcej biologowie i lekarze, a także socyologowie, zwłaszcza ci, którzy nauki społeczne za gałęź biologii uważają, niektóre zaś zdobycze nauki na tem polu zaczynają już wkraczać do dziedziny prawa.

Dla lekarzy zagadnienia z dziedzicznością związane szczególnie są ważne, i to nie tylko ze względów teoretycznych, ale i ze względów praktycznych, raz dlatego, że dziedziczność stanowi obok zakażenia i zatrucia jeden z najważniejszych czynników chorobotwórczych, powtóre zaś dlatego, że jakkolwiek tłumaczenie wielu zjawisk w tej dziedzinie, i to nawet zasadniczych, opiera się przeważnie na hipotezach, to jednak niektóre fakty, stwierdzone przy badaniu tych zjawisk, pozwalają na wnioski, mające dla medycyny praktycznej, mianowicie dla profilaktyki, wielkie znaczenie.

Sprawa dziedziczności jest obecnie aktualną z tego względu, że nauka w tej dziedzinie, zwłaszcza w sprawie dla patologii może najważniejszej, to jest w sprawie dziedziczenia własności nabytych przez przodków, przechodzi, mojem zdaniem, właśnie teraz niejako okres przełomowy. Teorya Weismanna, jednego z najbardziej na tem polu zasłużonych badaczów i najgłębszych biologów myślicieli, stanowiąca, rzec można, arcydzieło konstrukcyi spekulacyjnej i wywierająca wskutek tego przez długi szereg lat bardzo silny wpływ na wielu biologów i lekarzy, chwieje się u podstaw pod razami faktów, stwierdzonych głównie w doświadczeniach nowoczesnych biologów, faktów, które pomimo późniejszych uzupełnień, czy modyfikacyi teoryi Weismanna żadną miarą pogodzić z nią się nie dają. Okoliczność ta bynajmniej nie zmniejsza zasługi Weismanna, którego teorya, pojęta nawet jako tymczasowa hipoteza, wielką w nauce o dziedziczności odegrała rolę; pobudziła ona bowiem wielu badaczów do ścisłych prac w tej dziedzinie i zaostrzyła krytycyzm w ocenianiu spostrzeganych zjawisk. Dopiero Weismann oczyścił, według słów Boveriego, pole dziedziczności z chwastów, jakie stanowiły tu nieścisłe, bezkrytyczne spostrzeżenia, a nawet przytaczane jako dowody naukowe opowieści, które raczej za anekdoty powinny być uważane. Dzięki Weismannowi, który przez lat dwadzieścia z górą zwalczał z prac, czy spostrzeżeń innych badaczów płynące poglądy, z jego teoryą sprzeczne, w nowszych pracach z dziedziny dziedziczności zapanował krytycyzm tak daleko posunięty, jak może w żadnej innej dziedzinie biologii. Dlatego wyrobienie sobie poglądu na problemat dziedziczności jest obecnie, na podstawie tych właśnie prac, o wiele łatwiejsze, aniżeli za niedawnych jeszcze czasów.

Dziedziczność. Przez dziedziczność rozumiemy przechodzenie na potomstwo cech i własności przodków; cechy i własności te przekazują pokolenia poprzednie pokoleniom następnym nie w stanie wykształconym, ale jako zawiązki, z których dopiero z biegiem czasu owe cechy i własności powstają. Przytem zachodzi zazwyczaj zjawisko, zwane homochronią, to znaczy, odziedziczone cechy, czy własności występują u potomstwa w tym samym wieku, czy okresie rozwoju, w jakim wystąpiły były u przodka, który je dziedzicznie przekazał.

W rozwoju każdego wogóle ustroju z dwu najpotężniejszych czynników, jakie ten rozwój warunkują, a które stanowią dziedziczność i przystosowanie się, dziedziczność jest czynnikiem silniejszym, przeważającym. Cechy, utrwalone przez dziedziczność w pokoleniach poprzednich, przekazują się z wielką stałością pokoleniom późniejszym, gdy zaś w nich zanikną, częstokroć znów występują w jeszcze dalszych generacyach. To też cechy i własności, właściwe określonym gatunkom, ich odmianom, czy rasom, przekazują się dziedzicznie z taką stałością, że wśród osobników jednego gatunku, czy jednej rasy, różniących się między sobą, czy to wskutek odmian, zachodzących już w ich zarodkach (Single variations Darwina, lub mutacye de Vriesa), czy też wskutek odmiennych warunków bytu, podobieństwo przeważa znacznie nad różnicami.

Dziedzicznie przekazują się zarówno cechy morfologiczne, jakoteż i własności fizyologiczne, czynnościowe. Wśród cech właściwych dla danego gatunku w różnych rodach dziedziczą się różne tych cech odmiany.

Dziedziczność w stanie prawidłowym. U człowieka i ustrojów wyższych ujawniają się w stanie prawidłowym dziedziczne cechy morfologiczne w szczegółach budowy ciała, jego kształtach, oraz własnościach powłok i narządów zewnętrznych, jako to grubości i barwie skóry, barwie włosów, oczu i t. p., na których zewnętrzne podobieństwo rodzinne polega. Cechy takie mogą utrzymywać się w rodzinie w ciągu szeregu wieków, jak to wykazano u niektórych rodów historycznych. Jasną jest rzeczą, że przekazywać się dziedzicznie muszą nie tylko cechy morfologiczne zewnętrzne, ale i wewnętrzne, oraz, że obok zewnętrznego podobieństwa rodzinnego musi zachodzić także i pewne podobieństwo rodzinne w organizacyi narządów wewnętrznych. Z łatwo zrozumiałych powodów posiadamy bardzo mało spostrzeżeń, w tym względzie poczynionych na człowieku. Ciekawe są wyniki badań, jakie w tej sprawie przeprowadził Karplus nad ośrodkowym układem nerwowym człowieka i niektórych zwierząt, zwłaszcza nad budową kory mózgowej. Karplus znalazł, że u badanych zwierząt

mianowicie psów, kotów i małp przebieg bruzd na półkulach mózgowych jest bardziej zmienny, niż u człowieka; natomiast u człowieka występują częściej różnice w przebiegu bruzd mózgowych na obu półkulach u jednego i tego samego osobnika. U badanych zwierząt budowa kory mózgowej nie jest zatem przez dziedziczność tak silnie utrwalona, jak u człowieka; to też i rodzinne podobieństwo w tym względzie nie występuje u nich tak wybitnie, jak u człowieka, u którego owe odmiany w przebiegu bruzd mózgowych na każdej z obu półkul przekazują się w pewnych rodzinach dziedzicznie, zwłaszcza jeśli różnica jest znaczna. Na podstawie badań nad innemi częściami ośrodkowego układu nerwowego dochodzi Karplus do wniosku, że w rdzeniu, oraz pniu mózgu te części, które są filogenetycznie starsze i w budowie swej stalsze, jak n. p. jądro nerwu podjęzykowego, okazują większe podobieństwo rodzinne, niż części filogenetycznie młodsze, bardziej zmienne, jak n. p. drogi piramidowe.

Dziedziczność cech fizyologicznych występuje we właściwościach czynnościowych różnych narządów, n. p. wydzielaniu gruczołów, zdolności karmienia, miesiączkowaniu, sile mięśni, w różnych czynnościach psychicznych, co się ujawnia w inteligencyi, usposobieniu, zdolnościach umysłowych, artystycznych i t. d.; nieraz spostrzega się przekazywanie dziedziczne pewnych właściwości, uważanych za przyzwyczajenia, od których rodzic w chwili płodzenia potomka już był odwykł. Dziedziczą się także instynkty, co u zwierząt, n. p. psów myśliwskich, łatwo stwierdzić można.

Dziedziczność patologiczna. Jakkolwiek w patologii mówi się często o chorobach dziedzicznych, zrozumiałą jest rzeczą, że choroby same, jako sprawy życiowe, dziedziczyć się nie mogą. Dziedzicznie może być przekazany tylko pewien zawiązek choroby, który najczęściej tylko usposabia dziedzicznie obciążonego osobnika do danego cierpienia; to usposobienie może w ciągu nawet dłuższego czasu być zupełnie utajone, sama zaś choroba powstaje zazwyczaj zgodnie z zasadą homochronii w tym czasie mniej więcej, w jakim u rodzica, przekazującego ją potomkowi, była wystąpiła: histerya, niektóre choroby serca, zaćma, choroby nerwowe i in. częstym są tego przykładem.

Owe dziedzicznie przekazywane zawiązki, czy zaczątki chorób tworzą w ustroju pewien podkład chorobowy, ujawniający się, podobnie jak w stanie prawidłowym, w cechach morfologicznych i własnościach czynnościowych, a stanowiący usposobienie do danej choroby. Takie patologiczne dziedziczne cechy morfologiczne spotykamy w wadliwej budowie kośćca, zwłaszcza klatki piersiowej, w wielkości serca, wązkości naczyń tętniczych, słabym rozwoju mięśni gładkich, a co za tem idzie, wiotkości ściany przewodu pokarmowego lub naczyń żylnych, niedostatecznym rozwoju mięśni prążkowanych, tkanki łącznej, w wadliwym składzie elementów postaciowych krwi, w pewnych właściwościach skóry, tkanki nerwowej i t. d. Takie dziedzicznie przekazane wadliwości budowy różnych tkanek, czy narządów, stanowią często dla czynników chorobotwórczych, t. zw. »locus minoris resistentiae« i przyczyniają się przez to do powstania dziedzicznych chorób serca, naczyń, krwi, mięśni i t. d.

Podobnie dziedziczy się nieprawidłowa czynność fizyologiczna tkanek, ujawniająca się czy to w wadliwym sposobie oddziaływania na właściwe bodźce, jak to się zdarza np. w układzie limfatycznym, którego gruczoły nie chronią podówczas ustroju od zakażenia w takim stopniu, jak w stanie prawidłowym, czy to w zaburzeniach przemiany materyi, na których tle powstaje cały szereg poważnych chorób, czy też w nieprawidłowościach kurczenia się, wydzielania, lub innych czynności danej tkanki czy narządu, ujawniających się nawet bardzo wyraźnie, jak to bywa np. we fizyologicznym, czyli konstytucyjnym białkomoczu, świadczącym o znacznem zaburzeniu czynnościowem tkanki nerki. Jasną jest rzeczą, że takie dziedzicznie przekazane nieprawidłowości w czynności tkanek stanowić mogą poważny czynnik usposabiający do powstania u danego osobnika różnych chorób tych narządów, których tkanki w powyższy sposób są dotknięte. Czynnik ten wchodzi w grę w takich chorobach, jak różne zaburzenia trawienia, nieżyt oskrzeli, dychawica, zapalenie wyrostka robaczkowego (Dieulafoy i in.). Odrębną grupę dziedzicznych spraw patologicznych stanowią niektóre wady rozwoju, ujawniające się jako zniekształtnienia lub potworności. Oczywiście mogą to być tylko albo nieznaczne wady ważnych dla życia narządów, albo też wady poważniejsze narządów podrzędniejszych; niekiedy przekazuje się dziedzicznie nieprawidłowy rozwój całego wogóle ustroju. Wady takie stanowią wzrost olbrzymi lub karli, wadliwa budowa kośćca, zwłaszcza klatki piersiowej, głuchoniemota, zwężenie zastawki dwudzielnej, brak palców u rąk i nóg, palce nadliczbowe, zrost palców, nadliczbowe brodawki sutkowe, warga zajęcza, wilcza paszcza, nieprawidłowości zębów, oka, jako to zmiany barwy tęczówki, zwichnięcie soczewki, nieprawidłowości mięśni, kręgosłupa, nieprawidłowe uwłosienie, bielactwo, zmiany w układzie moczowo-płciowym, jako to wadliwe umieszczenie ujścia cewki moczowej, zwłaszcza na spodzie prącia i t. d. Powyższe wady utrzymują się zazwyczaj w rodzinie przez kilka pokoleń, poczem znikają czy to dzięki selekcyi, czyli łączeniu się osobników, daną wadą obarczonych z osobnikami pochodzącymi z rodzin od niej wolnych, czy też dzięki atawizmowi, dzięki któremu stosunki pierwotne, prawidłowe powracają, a późniejsze, patologiczne, ustępują w dalszych pokoleniach. W rodzinach, wadami rozwojowemi obarczonych, spotyka się często u różnych członków tej samej rodziny rozmaite wady; zjawisko to określa się jako transformizm wad rozwojowych. Nadto w takich rodzinach jeden i ten sam osobnik może być dotknięty równocześnie kilku wadami.

Wielką skłonność do przekazywania się dziedzicznego okazuje skaza dnawa, czyli t. zw. artrytyzm. Patologowie francuscy z Bouchardem na czele, który na podstawie zbadanych 10000 przypadków dopatruje się w szeregu rozmaitych chorób wspólnego tła dnawego (artrytycznego), określają skazę tę, jako usposobienie do chorób, wynikających ze zwolnienia spraw odżywczych w ustroju. Skazę dnawą spotyka się przeważnie w warstwach kulturalnych społeczeństwa; to też z szerzeniem się kultury z biegiem czasu staje się ona coraz pospolitszą. W rodzinach dnawych niekoniecznie wszyscy ich członkowie muszą być skazą dotknięci; znane są przypadki, w których przez kilka wieków stale najstarszy tylko potomek dziedziczył skazę od przodka (Garrod). Choroby, jakie w takich rodzinach szczególnie często się zdarzają, są niezmiernie różnorodne, przytem występowanie wielu chorób jest tu związane z wiekiem osobnika. W dzieciństwie występują tu nieżyty błon śluzowych, ognipiór, zaburzenia nerwowe, zwłaszcza nerwów naczynioruchowych, świąd, pokrzywka, wyprysk, łuszczyca, potem krwawienie z nosa, w wieku młodzieńczym trądzik, migrena, nasieniotok. biegunka, przedwczesne łysienie, w wieku dojrzałym żylaki, zwłaszcza krwawnice, cierpienia stawów, mięśni i ścięgien, zwłaszcza podagra, otyłość, która niekiedy występuje już w dzieciństwie, zwłaszcza u dziewczynek, później, w okresie dojrzałości płciowej zazwyczaj niepłodnych, dychawica, cukrzyca, kamica żółciowa i nerkowa, w wieku starczym rozedma płuc, miażdżyca, cierpienia mięśnia sercowego, marskość zanikowa wątroby. Patologowie francuscy upatrują pewien związek, mający zachodzić pomiędzy chorobami powstałemi na tle skazy dnawej, a niektóremi chorobami nerwowemi, zwłaszcza nerwicami, jakoto padaczką, histeryą, neurastenią i pląsawicą. Charcot, a za nim inni, przyjmują nawet istnienie odrębnej skazy, t. zw. neuroartrytyzmu.

(C. d. n.).

Ciąża, a oko.

Podał

Prof. Dr K. W. Majewski.

(Według wykładu w krakowskiem Towarzystwie lekarskiem).

(Dokończenie).

Te dziwne cokolwiek spostrzeżenia Poseya ([28]) i Hirsta ([28]), zgadzają się jednakowoż ze spostrzeżeniami Martina, odnoszącemi się do t. zw. przez niego »retinitis praealbuminurica«, która na miesiące, czasem na lata całe wyprzedza chorobę Brighta. Martin ([30]), na podstawie spostrzeżeń przypadków, w których wystąpiły na dnie oczu zmiany odpowiadające zupełnie zmianom białkomoczowym na długi czas przed pierwszem pojawieniem się białka w moczu, wysnuwa daleko idące wnioski co do patogenezy choroby Brighta. Wyraża on przypuszczenie, że nie jest to choroba miejscowa, ograniczona do zmian w nerkach, lecz ogólne schorzenie drobnych gałązek tętniczych, oraz naczyń włosowatych całego ustroju. To ogólne schorzenie naczyń, może wywołać zmiany zarówno w nerkach, jak i w siatkówce. Zajęcie zatem tych dwóch narządów stanowi dwa równorzędne objawy miejscowe tej samej choroby ogólnej. W największej liczbie przypadków zmiany w nerkach wyprzedzają, o całe miesiące i lata, wystąpienie zaburzeń w oczach, ale nie jest rzeczą wyłączoną, że zaburzenia w oczach mogą pojawić się wcześniej, czego właśnie dowodzą przypadki przez autora opisane. We wszystkich tych przypadkach badanie, oraz wywiady wykazywały przewlekłe, lata trwające zaburzenia w trawieniu, zwłaszcza w trawieniu jelitowem. Prawdopodobnie zatem samozatrucie ustroju wytworami rozkładu treści jelitowej, niedotrawionej i niedostatecznie wydalanej, stanowi punkt wyjścia zmian w ścianach naczyniowych, tworzących istotę choroby Brighta.

Co do ciąży, to byłoby rzeczą pierwszorzędnej wagi, gdyby znalazł się jakiś sposób wczesnego wykrycia zatrucia ciążowego i związanych z niem niebezpieczeństw. Z wyżej opisanych spostrzeżeń zdaje się wynikać, że w niektórych przypadkach wykazanie rozpoczynających się zmian wziernikowych w siatkówce mogłoby stanowić dla położnika wskazówkę ostrzegawczą, że mimo braku jakichkolwiek innych oznak zatrucia ciążowego, należy się mieć na baczności i przygotować się na możliwość ciężkich powikłań.

To samo mniej więcej znaczenie, co białkomoczowe zapalenie siatkówki, ma oderwanie siatkówki. Wiadomo, że mało jest schorzeń równie trudnych i niewdzięcznych do leczenia. Nawet tam, gdzie z wielkim trudem, po długich tygodniach spokojnego leżenia i wydatnych potów, doczeka się chory, że odklejona siatkówka przylgnie napowrót, to i tak ta część, która się już raz odkleiła, nie odzyskuje prawie nigdy prawidłowej sprawności. Co najwyżej ten wynik leczniczy zabezpiecza do pewnego stopnia owe okienko w polu widzenia, które odpowiada siatkówce nieoderwanej. Przypadki, gdzie już takiego okienka nie ma, a więc przy oderwaniu całej siatkówki (amotio retinae totius) musimy uważać z góry za beznadziejnie stracone. Odnosi się to do najczęstszej postaci oderwania siatkówki, to jest do samoistnego oderwania na tle wysokiego krótkowidztwa. Odnosi się to zatem także do oderwania występującego w ciąży, w oku dotkniętem wysoką krótkowzrocznością. Wiadomo, że rokowanie jest stanowczo lepsze w przypadkach oderwania siatkówki, powstałego w oku zresztą zdrowem, na tle urazu. Oderwanie siatkówki, jakie powstaje wśród porodu może być prawie zaliczone do kategoryi oderwań urazowych i daje tem samem bezwarunkowo lepsze rokowanie. Oderwanie, powstałe u ciężarnej na tle zapalenia nerek, może zająć, pod względem rokowania, t. j. pod względem widoków wyleczenia, miejsce w pośrodku między samoistnem oderwaniem na tle niedomiarowości oka, a oderwaniem urazowem.

Co do zapalenia nerwu wzrokowego w ciąży bez równoczesnych zmian w siatkówce, trzeba przyznać, że jako powikłanie wogóle rzadsze, nie zostało dotąd jeszcze, pod względem znaczenia i rokowania, dostatecznie poznane i ocenione. To pewna jednak, że rokowanie w zapaleniu nerwu wzrokowego, na jakiemkolwiekby ono tle było i z jakiejkolwiekby pochodziło przyczyny, jest zawsze bardzo groźne, a co ważniejsza, prawie zupełnie nieobliczalne.

Ślepota mocznicowa jest oczywiście objawem w najwyższym stopniu alarmującym, jednym z tych, które wymagają ze strony położnika energicznego wkroczenia już nietylko dla ratowania wzroku, ale dla ocalenia życia kobiety.

Za dalekoby mnie to zaprowadziło, gdybym chciał wymieniać wszystkie powikłania oczne, jakie spostrzegano i opisano w czasie ciąży i porodu. Musiałbym chyba przejść szczegółowo wszystkie rozdziały okulistyki. Pobieżnie wspomnę tylko o takich, jak tętniące wysadzenie oka, podbiegnięcie krwawe powiek i spojówki w przypadkach niepowściągłych wymiotów ciężarnych i przy rzucawce, ciężkie i trudno gojące się owrzodzenia rogówki, mające na nieszczęście upodobanie do samego środka rogówki, poraźne rozszerzenie źrenicy, widzenie żółto, niedowidzenie a nawet ślepota w przypadkach żółtaczki ciężarnych, wreszcie zator, albo zakrzep środkowej tętnicy siatkówki.

Mniej więcej te same powikłania, powstające częstokroć już w ciąży, wystąpić mogą podczas samego aktu porodowego. Tu piśmiennictwo okulistyczne obfituje przedewszystkiem w opisy przypadków krwotoków w różnych częściach oka: powiekowych, podspojówkowych, śródgałkowych, pozagałkowych. Znaczenie i rokowanie różne, właśnie zależne od siedziby krwotoku.

Zbyteczna prawie dodawać, że tego rodzaju wydarzeń musimy się obawiać przedewszystkiem u kobiet, rodzących w starszym wieku, ze znaczniejszą miażdżycą tętnic, albo gdy naczynia są schorzałe i zmienione wskutek zapalenia nerek, kiły, cukrzycy i t. p.

Podczas samych bólów porodowych, mianowicie z ich nastaniem, występuje zazwyczaj mierne rozszerzenie źrenic. Polega ono niewątpliwie nie na niedowładzie nerwu okoruchowego, lecz na podrażnieniu nerwu współczulnego (Raehlmann ([26]) i Witkowski [26]). Zjawisko to nie jest odosobnione, bo nietylko ból porodowy, ale wszelki ból fizyczny, silniej dojmujący, wywołuje, a przynajmniej może wywołać przemijające rozszerzenie źrenic.

W połogu spotykamy nieraz zaburzenia oczne, których początek sięga jeszcze czasu ciąży, albo datuje się od chwili rozwiązania. Dla samego połogu znamienne są zwła-

szcza powikłania oczne w przebiegu gorączki połogowej. A więc przedewszystkiem przerzuty ropne w oku, zakażony zator środkowej tętnicy siatkówkowej, posokowate zapalenie siatkówki, przerzutowe zapalenie całego oka, czasem ropne zapalenie samej tęczówki, czasem znowu wrzody rogówki. Wszystko to są schorzenia nadzwyczaj groźne, wiodące niechybnie prawie do utraty gałki ocznej, a przynajmniej wzroku. Całe szczęście, jeśli sprawa ogranicza się do jednego oka.

Jeszcze kilka słów o karmieniu. Jeśli kobieta karmi, gdy nie powinna, wbrew radzie lekarza, gdy ją karmienie wycieńcza i osłabia, wtedy występują na oczach objawy znużenia, o których już poprzednio pisałem. Nie wracam już do nich, natomiast wspomnę jeszcze o zaćmie przedwczesnej (cataracta senilis praecox), która szczególnie często występuje u kobiet, które wiele dzieci rodziły i zbyt długo karmiły. Wieśniaczki nasze karmią swe dzieci, nie wiem, czy dla wygody, czy dla oszczędności, nieraz dłużej, niż przez $1^1/_2$ roku. Po dłuższym szeregu takich okresów karmienia, nie dziw, że kobieta w 35. roku życia już jest zgrzybiałą, nie dziw też zatem, że już tak wcześnie dostaje zaćmy schyłkowej, która jest atrybutem zgrzybiałego wieku. Ta etyologia jest tak ustalona i pewna, że okuliści, już od dawien dawna ten rodzaj zaćmy określają nazwą »cataracta e lactatione«.

Wracając do rozlicznych wymienionych wyżej powikłań ocznych w przebiegu ciąży, porodu i połogu, muszę poruszyć jeszcze sprawę postępowania leczniczego. Otóż dla przeważnej części tych powikłań, stanowiących nie co innego, jak tylko różne choroby oczne, istnieją wskazania lecznicze, czysto okulistyczne. To znaczy, że położnik czuwa nad ciążą i porodem, a okulista czuwa nad chorem okiem. Wskazania te pominę zupełnie milczeniem, gdyż obchodzą one tylko specyalistów. Ale pomiędzy powikłaniami ocznemi ciąży są niektóre szczególnie groźne, szczególnie niebezpieczne, tak że stwarzają oprócz wskazań okulistycznych także i wskazania położnicze i o tych ostatnich wypada mi jeszcze kilka słów dodać. Chcę mianowicie w krótkości przedstawić motywy, które ze stanowiska okulistyki nakazują, względnie usprawiedliwiają przerwanie ciąży. W petersburskiem Towarzystwie lekarskiem poruszył z. r. Germann pytanie, czy lekarz w przypadku, gdzie życiu matki nie grozi niebezpieczeństwo, ma prawo przerwać ciążę jedynie ze względu na wzrok matki. Wymienia on oderwanie siatkówki, białkomoczowe zapalenie siatkówki, zapalenie nerwu wzrokowego, a prócz tego ciężkie postępujące owrzodzenia rogówki, jako okulistyczne wskazania do przerwania ciąży. W dyskusyi, jaka się na ten temat rozwinęła, podnoszono przeciw zapatrywaniom Germanna zarzuty z punktu widzenia lekarskiego, prawniczego i socyologicznego. Skończyło się na wyborze osobnej komisyi, która ma to ważne zagadnienie w szczegółach rozpatrzeć, ale dotąd jeszcze, o ile wiem, nie ogłosiła sprawozdania ze swych obrad. Położnicy i ginekologowie niezbyt wiele uwagi poświęcają oczom i wzrokowi ciężarnych i rodzących. Dopiero Zjazd ginekologiczny w Rzymie zajął się bliżej tą sprawą i określił szczegółowo wskazania okulistyczne do przerwania ciąży. Wskazania te są nieliczne. Według Schauty tylko ciężkie zmiany oczne na tle zapalenia nerek, jak oderwanie siatkówki, białkomoczowe zapalenie siatkówki, wreszcie mocznicowe oślepnięcie mogą usprawiedliwić sztuczne poronienie. Fejer [27] przyznaje, że stanowisko okulisty wobec pytania, czy w danym przypadku przerwanie ciąży uratuje oko zagrożone, bywa częstokroć bardzo trudne. Muszą tu rozstrzygnąć oprócz wyników badania okulistycznego, także wywiady, stan ogólnego zdrowia matki, wyniki badania położniczego, przebieg poprzednich porodów, o ile nie chodzi o pierwiastkę, i wpływ tych porodów na oko, wreszcie wzgląd na społeczne stosunki obojga rodziców, a także na wolę i życzenie samejże ciężarnej. Mimo, że ze stanowiska lekarskiego należy wogóle raczej ograniczać, niż rozszerzać wskazania do takiego zabiegu, jakim jest spędzenie płodu, to jednak ważne względy nakazują Fejerowi [27] wysunąć na czoło dyskusyi jeszcze jednę nieprawidłowość, a raczej chorobę oczną, mianowicie postępującą krótkowzroczność. Mamy tu na myśli nie ową krótkowzroczność szkolną, która zwykle po 20. roku życia zatrzymuje się w swych postępach i przez całe dalsze życie popozostaje już niezmienną, nie prowadzi do żadnych powikłań, nie zagraża wzrokowi i nie jest niczem więcej, jak sądzą Schnabel i Herrnheiser, jak tylko przystosowaniem się oczu do pracy z blizka. Nie o niej tu mowa, lecz o owej krótkowzroczności postępującej, co wzrasta przez całe życie, dochodzi do 20,0 D, czasem do 30,0 D i z powodu niebezpieczeństw, jakie dla wzroku sprowadza i całej plejady możliwych powikłań, zasłużyła sobie na szereg takich niepochlebnych epitetów, jak: „myopia permagna, fortis, progressiva, insidiosa, perniciosa, deletaris, maligna, destructiva etc.« Pamiętać należy, że nie jest ona wadą w budowie optycznej oka, lecz schorzeniem, którego tylko jednym z objawów jest olbrzymi przyrost refrakcyi, wyrażającej się niedomiarowością i wymagającej do wyrównania najsilniejszych szkieł wklęsłych. Fejer [27] przytacza argumenty na poparcie żądania, aby w razie wypadku takiej krótkowzroczności postępującej, nietylko nie dopuszczać do porodu na czasie, ale nawet nie narażać kobiety na nową ciążę, a więc używać środków zapobiegających zastąpieniu.

W dwóch kierunkach mianowicie porody działają tutaj szkodliwie. Z jednej strony przyspieszają one postępy krótkowzroczności. W przypadkach krótkowzroczności postępującej u kobiet, których wzrok i refrakcya często były badane przez szereg lat, zauważyć się dają we wzmaganiu się krótkowzroczności pewne podskoki, tak, że krzywa tego wzmagania się, zamiast linii wyciągniętej, przedstawia linię schodkowaną. Porównanie dat tych podskoków stopnia krótkowzroczności z datami porodów, wykazuje czasem uderzający związek synchronistyczny. Schodki w wysokości jednej do dwóch dyoptryi występują zazwyczaj po porodach, zwłaszcza po porodach ciężkich. Otóż wszystko, co wpływa na przyspieszenie postępu krótkowzroczności, wszystko to zbliża i powiększa niebezpieczeństwo rozlicznych powikłań, bo one występują tem częściej i tem łatwiej, im wyższa krótkowzroczność. To jest pierwszy, pośredni powód, dlaczego porody stanowią dla takich oczu niebezpieczeństwo. Z drugiej strony zagrażają one niebezpieczeństwem bezpośredniem. Trzeba wiedzieć, że obowiązkiem okulisty, do którego zgłasza się chory z bardzo wysokim stopniem krótkowidztwa, mającego charakter postępowy, jest przestrzedz go wyraźnie, żeby się nie schylał, nie dźwigał, nic ciężkiego z ziemi nie podnosił, unikał kaszlu, kataru, kichania, a przy-

najmniej przy kichaniu szeroko usta otwierał, unikał wymiotów, twardego stolca, tak samo, jak i wszelkich, choćby nieznacznych urazów w oko, wszelkich fizycznych wysiłków, wszystkiego, co nagle parcie krwi podnosi, albo t. zw. uderzenia krwi do głowy powoduje. Tylko dzięki tym ostrożnościom można się poniekąd zabezpieczyć przeciw nieszczęśliwym powikłaniom, których leczenie jest trudne, długie i niewdzięczne; w pierwszym rzędzie przeciw krwotokom i oderwaniom siatkówki. Jeżeli wszystkie te ostrożności są potrzebne i jeżeli zaniedbanie ich jest szkodliwem, to jakże niema być szkodliwem działanie tłoczni brzusznej w czasie porodu, szczególniej, jeśli zachodzi jakikolwiek niestosunek porodowy. Jakże się dziwić, że wśród porodu powstają krwotoki siatkówkowe, zwłaszcza ze wszystkich najgorszy, tak częsty w krótkowidztwie krwotok do plamki żółtej, że wśród porodu powstają zmętnienia ciałka szklistego, pochodzące najczęściej również z wynaczynienia krwi; cóż dziwnego, że wśród porodu odrywa się siatkówka, aby już potem nigdy nie przylgnąć.

Oto są niebezpieczeństwa bezpośrednie, jakiemi zagraża sprawa porodowa oczom matki, dotkniętej krótkowzrocznością postępującą, i to jest drugi wzgląd, który usprawiedliwia i przerwanie ciąży istniejącej i zapobieganie ciążom następnym.

Tak więc streszczając to, co powiedziałem o okulistycznych wskazaniach do przerwania ciąży, ograniczyć je możemy głównie do następujących powikłań: 1) Oderwanie siatkówki, 2) białkomoczowe zapalenie siatkówki i nerwu wzrokowego 3) mocznicowe oślepnięcie, 4) wrzody rogówki, gdy ich postępów nie można powstrzymać, a nakoniec przybywa jeszcze owa 5) krótkowzroczność złośliwa, (myopia permagna, perniciosa).

Nie trzeba sądzić jednak, że okulista w każdym przypadku, gdzie zachodzi jedno z tych dopiero co wymienionych powikłań ocznych, musi koniecznie domagać się przerwania ciąży. Bynajmniej! Zdaniem mojem, wobec takich powikłań zachodzi tylko konieczność wzięcia pod rozwagę wskazania do przerwania ciąży i zastanowienia się, ażali jest możebnem uratowanie oka bez uciekania się do tej ostateczności. Jak wszędzie, tak też i w takim wypadku byłoby błędem trzymać się jakiegokolwiek szablonu. Tem bardziej, że ilekroć chodzi o przerwanie ciąży z powodów niepołożniczych, koledzy położnicy chętnie umywają ręce i ograniczają się do roli technicznych wykonawców, przesuwając cały ciężar odpowiedzialności na barki wezwanego do narady specyalisty. Każdy oczywiście zgodzi się na to, że lepiej, aby matka nie miała dziecka, niż, żeby dziecko miało matkę ślepą. W konkretnym jednak przypadku przewidzieć, jaki obrót weźmie choroba oczna po przerwaniu ciąży, a jakiby wzięła bez tego zabiegu, może być nieraz rzeczą niezmiernie trudną. Okulista zapytany o zdanie, musi głęboko rozważyć wszystkie »pro« i »contra« i mogą mu być w tem pomocne wyżej wymienione punkty wytyczne, będące owocem długoletniego doświadczenia wielu pierwszorzędnych praktyków, ale w żadnym razie nie będzie się ich trzymać niewolniczo.

Piśmiennictwo.

1. Salo Cohn. Uterus und Auge. Wiesbaden, 1890. — 2. Mooren. Gesichtsstörungen und Uterusleiden. Archiv f. Augenh. T. 10. p. 519. 1881. — 3. Landesberg. Augenleiden in Verbindung mit normaler Menstruation. Centralbl. f. prakt. Aghk. 1883, p. 134. — 4. Stuelp. Ein Fall von hartnäckig rezidivierender herpesartiger Erkrankung der Konjunktiva und Kornea im Zusammenhang mit Menstruationsstörungen der Menopause. Archiv f. Opht. T. 40. p. 224, 1894. — 5. Ewers. Amblyopie bei cessierenden Menses. (Zweiter Jahresber. p. 17). Ref. w Nagels Jahresber. f. Ophth. 1872, p. 358. — 6. Samelsohn. Amaurose nach plötzlicher Unterdrückung des Menstrualflusses. Berl. klin. klin. Woch. 1875, p. 27. — 7. Finkelstein. On sensory disorders in diseases and on changes of the field of vision in menstruation. Diss. Petersburg, 1887. — 8. Perlia. Ueber spontane Blutungen aus normaler Konjunktiva. Münch. med. Wochs. 1888, p. 126. — 9. Hirschberg. Menstruelles Gelbsehen. Berl. klin. Wochs. 1872, p. 579. — 10. Königshöfer. Ein Fall von rezidivenden Glaskörperblutungen infolge von Menstruationsstörungen. Stuttgart, 1894. — 11. Szili. Vorübergehende Erblindung im Wochenbette. Centralbl. f. prakt. Aghk. 1882, p. 169. — 12. Nettleship. a) On cases of retro-ocular neuritis. Case 25: Transact. of the Ophth. Soc. of the Unit. Kingdoms. Tom 4. 1884. — b) Cases of temporary blindness during lactation. Royal, London Hosp. Rep. T. 13. p. 97, 1891. — 13. Axenfeld. Augenerkrankungen während der Schwangerschaft, des Wochenbettes und der Stillungszeit. Sammelber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. T. 2. Z. 6., 1896. — 14. Rogman. Contribution à l'étude des affections oculaires survenant chez la femme dans le cours de l'allaitement. La Flandre méd. 1894, Nr 7. — 15. Bosse. Augenhintergrundbefunde bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Archiv f. Aghk. T. 42. p. 107, 1900. — 16. Terrien. Affections oculaires d'origine menstruelle. Gaz. des Hôp. Sept. 1903. — 17. Fridenberg. Vikarierende Menstruation in die Netzhaut mit nachfolgender Ablösung und Retinitis striata. Trans. Americ. Ophth. Soc., 1903. — 18. Bistis. Les complications oculaires pendant la lactation. Arch. d'Opht. T. 24. p. 462, 1904. — 19. Silex. Ueber Retinitis albuminurica gravidarum. Berl. klin. Wochs. 1895, p. 385. — 20. Axenfeld. Retinitis albuminurica gravidarum. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. T. 2. Z. 6. p. 516, 1896. — 21. Rob. L. Randolph. The significance of albuminuric retinitis in pregnancy. Bull. John Hopkius Hosp. T. 5. p. 41. Ref. w Hirschbergs Centralbl. für Aghk. 1895, p. 554. — 22. Jahr. für Aug. 1884. p. 379. — 23. Landesberg. Centr. f. Aug. Mai, 1883. — 24. Hirschberg. Berl. klin. Wochs. 1872, p. 579. — 25. Trousseau. Ann. d'ocul. 115, p. 242. — 26. Raehlmann und Witkowski. Jahr. für Aug. 1878, p. 132. — 27. Fejer. O wpływie ciąży i porodu na schorzenia oka. Arch. für Augenh. Tom LVII. Z. 2. i 3. — 28. Posey and Hirst. Importance of an ocular examination in pregnant women manifesting constitutional signs of toxemia. Journ. of the Amer. med. Ass., 14 mars, 1908. — 29. Pooley. Induction of premature labor in amaurosis and amblyopia in connection with the albuminuria of pregnancy. Americ. journ. of Surg., mars, 1908. — 30. Martin. Prealbuminuric Retinitis. Ophthalmology. Vol. V. April 1909, Nr 3. — 31. Menacho. O rozszerzeniu naczyń limfatycznych całej spojówki podczas ciąży. XI. Kongres okul. w Neapolu, 1909. — 32. Reuter. Einseitige Amaurose während der Schwangerschaft. Arch. f. Augenh. T. LXIII., Z. 1. i 2. — 33. Pley. Des névrites optiques et neuro-rétinites au cours de la grossesse et pendant l'allaitement. (Thèse de Paris, novembre, 1908).

Sprostowanie. Na str. 320, szpalta lewa, wiersz 12. i 21. od góry zamiast »Naddoxa« ma być »Maddoxa«; w tejże szpalcie wiersz ostatni u dołu zamiast »Joseya« ma być »Poseya«.

Oceny i sprawozdania.

Władysław J a n o w s k i: **Współczesne metody badania serca.** (Prace Towarzystwa naukowego warszawskiego. III Wydział matematyczno-przyrodniczy, Nr 2). Warszawa 1910. str. 176

Poświęciwszy kilka lat ostatnich badaniom czynności serca zapomocą całego szeregu nowych metod, wzbogacił Janowski nasze piśmiennictwo pracami wartości pierwszorzędnej i zajął wśród znawców tego działu stanowisko wybitne nietylko u nas, lecz także zagranicą. Oparty na tych własnych swych badaniach i na przestudyowaniu piśmiennictwa, dotyczącego tego przedmiotu, ogłosił Janowski w r. 1907 w »Nowinach lekarskich« ogólny pogląd na całą funkcyonalną dyagnostykę serca. Obecnie wydane dzieło ma być, jak się autor wyraża, »drugiem, trzykrotnie powię-

kszonem wydaniem« tamtej pracy z r. 1907, w rzeczywistości jednak jestto wyczerpująca monografia tego przedmiotu, opracowana z właściwą autorowi sumiennością i talentem i uwzględniająca całą olbrzymią literaturę (dołączona do dzieła bibliografia obejmuje 766 numerów), a mająca przez to niepoślednie znaczenie, że dzięki rozległym własnym badaniom mógł autor rzecz pod każdym względem krytycznie oświetlić. Dzieło składa się z 6 rozdziałów, omawiających: zadania dyagnostyki czynnościowej serca, badanie tętna, określenie granic serca, przedmiotowe zapisywanie tonów serca, elektrokardyografię i inne sposoby badania czynności serca, a jako ostatni rozdział dołącza autor swoje wnioski. Niepodobna tu oczywicie streścić bogatego materyału, zawartego w książce Janowskiego, którą każdy lekarz, pragnący iść z postępem nauki, powinienby uważnie przestudyować; pozwolimy sobie natomiast przytoczyć końcowe wnioski, które są następujące:

1. Badanie czynności serca jedynie zapomocą macania tętna w stanie spokoju chorego nie daje pojęcia o stopniu sprawności serca w znacznej liczbie badanych przypadków.

2. Dlatego przy wszelkich badaniach serca, mających na celu dokładniejsze zoryentowanie się w jego sprawności, należy starannie zebrać z wywiadów dane, wskazujące na wytrzymałość serca, a w braku tych danych należy poddawać chorego próbom z pracą mięśniową, dawkując ją jednak nadzwyczaj ostrożnie i ściśle indywidualizując w każdym poszczególnym przypadku i w oddzielnych okresach jego przebiegu.

3. Przy próbach tych należy zwracać uwagę na wszystkie cechy tętna, a nadto na stopień duszności, samopoczucie chorego i ew. na zachowanie się granic serca i jego tonów, względnie szmerów.

4. W badaniu niemiarowości tętna należy się zawsze posługiwać tętnopisem, jeżeli idzie nam o dokładne ustalenie, jakim jest typ zaburzenia rytmu, którym serce jest w danym przypadku dotknięte.

5. Jest to konieczne nawet w tych przypadkach, w których typ niemiarowości wydaje się prostym. Może się bowiem przytem okazać, że zaburzeniu uległy różne własności mięśnia sercowego, a nadto można w ten sposób czasem przypadkowo wykryć brak współrzędności w pracy poszczególnych części serca, jeżeli posługiwać się tętnopisaniem skombinowanem, t. j. zdejmować tętno jednocześnie na tętnicach i żyłach, lub wprost z lewego przedsionka serca od strony przełyku.

6. Badanie tętna żylnego posiada niezmiernie ważne znaczenie dla dokładnego rozbioru wszelkich postaci niemiarowości tętna i jest wprost niezbędnem w przypadkach zaburzeń w pobudliwości (skurcze dodatkowe) i przewodnictwie mięśnia sercowego.

7. Zdejmowanie krzywych lewego przedsionka serca przez przełyk nie dało jeszcze dotychczas oczekiwanych od niego korzyści. Należy się jednak spodziewać, iż nastąpi to wtedy, gdy możliwe będzie porównanie danych, otrzymywanych przy pomocy zdejmowania krzywych przełykowo-przedsionkowych, z danemi, otrzymanemi zapomocą przedmiotowego zapisywania tonów serca oraz elektrokardyografii.

8. Usługi, oddane dyagnostyce czynnościowej serca przez użycie tętnopisu, są już dotąd olbrzymie, można się jednak po nim spodziewać jeszcze większych korzyści, przy uwzględnieniu warunków, wyłożonych pod 7.

9. Jednorazowe badanie ciśnienia krwi ma znaczenie kliniczne tylko w tych przypadkach, w których daje liczby krańcowo małe lub krańcowo wielkie. Systematyczne badania ciśnienia krwi u tych samych osobników upoważniają do wniosków praktycznych tylko wtedy, gdy wykazują znaczne wahania w ciśnieniu krwi w ciągu szeregu dni.

10. Badanie skurczowego i rozkurczowego ciśnienia krwi niezmiernie pogłębia wartość danych, otrzymanych na drodze tętnopisania. Pozwala ono też na określenie prawdziwej wielkości i szybkości tętna.

11. Wprowadzenie do kliniki sposobów określania ciśnienia skurczowego i rozkurczowego pogłębiło znacznie nasze wiadomości o wahaniu ciśnienia krwi podczas pracy serca. Nie przyczyniło się ono jednak dotąd do zupełnie pewnej oceny zmian w wielkości skurczowego rzutu krwi oraz w pracy serca.

12. Niejakie, ale tylko ogólnikowe pojęcie o oporze obwodowym dla pracy serca w różnych częściach układu tętniczego może być zdobyte przez mierzenie ciśnienia krwi w tętnicach, znajdujących się w różnej odległości od serca.

13. Natomiast mierzenie oporu dla krążenia w częściach najbardziej obwodowych z pożądaną dokładnością jest na razie niewykonalne. Nieobliczalny też jest dotąd wpływ nerwów naczynioruchowych na wielkość tego oporu.

14. Proponowane ostatnio sposoby określenia szybkości krążenia krwi oraz siły rzutu krwi (Sahli), mające na celu nowe sposoby wyzyskania danych sfigmomanometrycznych, zasługują na szczególne zalecenie do systematycznego ich sprawdzenia.

15. Opukiwanie granic serca pozostanie i nadal jednym z najważniejszych sposobów badania jego czynności.

16. Ortodyagrafia, a szczególniej telerentgenografia posiada doniosłe znaczenie, jako sposób sprawdzania danych, otrzymanych zapomocą opukiwania serca.

17. Rentgenoskopia w ręku wprawnego badacza stanowi pożądaną kontrolę wyników, otrzymanych na drodze opukiwania serca, ortodyagrafii oraz tętnopisania.

18. Przedmiotowe zapisywanie tonów serca będzie miało w przyszłości, jak się zdaje, doniosłe znaczenie przy sprawdzaniu danych, otrzymanych zapomocą tętnopisania.

19. Elektrokardyografia pogłębi znacznie rozbiór danych, otrzymanych zapomocą tętnopisania. Po dokładnem ustaleniu na drodze badań fizyologicznych znaczenia poszczególnych części składowych krzywej elektrokardyograficznej, elektrokardyografia stanie się prawdopodobnie wielce pomocną w klinice dla stwierdzania zmian w mięśniu sercowym.

20. Sposób badania czynności serca, podany przez Poczobuta, zasługuje na sprawdzenie na dużym materyale.

Książką swoją zdobywa sobie Janowski — nie po raz pierwszy — rzetelną zasługę. Z.

Piśmiennictwo bieżące.

Chirurgia.

Lawen. **W sprawie histologii wolno przeszczepionej pokrytej okostną kości u człowieka.** (Arch. f. klin. Chir., 90. II.). L. miał sposobność zbadać drobnowidowo zachowanie się wolno przeszczepionej kości u człowieka w 78 dni po wszczepieniu, a to w przypadku, w którym z powodu mięsaka górnej części kości ramieniowej wycięto tę kość i wszczepiono w to miejsce część kości piszczelowej. Po 78 dniach z powodu nawrotu wyłuszczenie ramienia. Wszczepiony kawałek wgoił się. Drobnowidowo stwierdzono, że wszczepiony kawałek był już zupełnie unaczyniony; naczynia te dało się nastrzykać od tętnicy pachowej. Tkanka wszczepionej kości obumarła, ale przy okostnej wykazać się już dało nową, tworzącą się tkankę kostną, równocześnie ze sprawą wessania części obumarłych. Potwierdza to zdanie, że wszczepiona kość jest niejako pomostem i podnietą do nowotworzenia się kości, lecz sama, jako taka, nie utrzymuje się. K.

Saar. **Radyograficzne wykrycie kawałków szkła.** (Beitr. z. klin. Chir. 1909, VI. 3). Zwykłe gatunki szkła (t. j. o ciężarze właściwym 2,5—3,0) uwidoczniają się na płycie rentgenowskiej, jeżeli leżą tuż pod skórą lub w tkance tłuszczowej, a jedynie szkło o niższym ciężarze jest niewidoczne. Natomiast odłamki porcelany i steingutu zwykle nie dają się radyograficznie wykryć. K.

Kaestle. **Tlenek cyrkonu jako środek dla wywołania cieni w rentgenologii.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). W miejsce trująco czasem działających przetworów bizmutu, podano w ostatnich czasach kilka środków zastępczych; niestety nie odpowiadają one swemu zadaniu. Ideałem środka takiego powinno być, by był zupełnie nieszkodliwy, by wywoływał dokładny cień, by nie miał smaku, zapachu, ani wybitnej barwy, wreszcie by był tani. Z podanych w ostatnich czasach środków żelazo nie odpowiada swemu zadaniu, bo daje za mały cień, wskutek czego musi się go używać w bardzo dużej ilości. Przetwory toru, zalecone dawniej przez autora, są znów stosunkowo za drogie. Natomiast podanym wyżej wymaganiom odpowiada w zupełności tlenek cyrkonu. Ma on postać białego, bezwonnego proszku, nie rozpuszcza się w żadnych kwasach, przez przewód pokarmowy przechodzi nie rozłożony, jest tani i daje silny cień. Można podać bez obawy 75 do 200 grm tak wewnętrznie, jak w lewatywie. A.

Schwarz. **O postępach dawkowania promieni Röntgena; jednostopniowy kalomelradiometr.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 50). Ze sposobów oznaczania dawki promieni rentgenowskich przyjęły się pastylki Holzknechta (żółte, zmieniające barwę w zieloną), dalej szybki Sabouranda (zielone, zmieniające się w bronzowe), kwantymetr Kienböcka (oznaczanie siły promienia zapomocą papieru fotograficznego i t. p.). Sposoby te jednak są niebardzo pewne i dogodne i dlatego S. podaje nowy radiometr. Zasada jego polega na tem, że promienie X strącają z roztczynu Fowler-Edera (2 części zgęszczonego szczawianu amonowego i jedna część sublimatu) kalomel. Cechuje się to zmętnieniem. Otóż S. podaje przyrządzik, który wypełnia się za każdym razem wspomnianym płynem i umieszcza w połowie odległości ogniska koło lampy. Ta ilość promieni, która wywołuje pierwsze zmętnienie, zwie się 1 kalom. Trzy kalomy wywołują już wypadanie włosów i zapalenie skóry. A.

Müller. **Lepkość krwi ludzkiej ze szczególnem uwzględnieniem zachowania się jej przy schorzeniach chirurgicznych.** (Mittheil. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir. 1909, 21. III.). Z badań swych na 250 chorych doszedł M. do następujących wniosków: Zwiększenie się liczby krwinek czerwonych (podrażnienie szpiku kostnego) zwiększa zarazem lepkość krwi. Następuje to n. p. przy ostrych sprawach zapalnych. Przejściowo zwiększa się też lepkość po operacyach brzusznych, kostnych, po złamaniach kości i przy silnym ucisku mózgu. Oczywiście zwiększa się też lepkość po względnem powiększeniu się liczby krwinek, n. p. wskutek zagęszczenia krwi po wielkich utratach wody. Natomiast zmniejszona ilość krwinek czerwonych (niedokrwistości ostre i przewlekłe, krwotoki i t. p.) łączą się zarazem ze zmniejszoną lepkością krwi. W ten sposób można zapomocą badania lepkości krwi odróżnić krwotok wewnętrzny od zemdlenia, wstrząsu, zapadu i t. p. K.

Oehlecker. **Praktyczna wartość mierzenia lepkości krwi przy ostrych chirurgicznych cierpieniach, zwłaszcza przy zapaleniu wyrostka robaczkowego.** (Berl. klin. Wochs. 1910, Nr 13). Przy ostrych cierpieniach w jamie brzusznej mała lepkość przemawia za krwotokiem, wysoka za sprawą zapalną otrzewnej. Badanie to niema większej wartości n. p. dla dokładnej oceny stanu chorobowego przy zapaleniu wyrostka robaczkowego. K.

Doc. Baeyer. **Ciała obce w ustroju. Zachowanie się metalicznie połączonych kawałków cynku i miedzi w tkankach.** (Münch. med. Wochs. 1909, Nr 47). B. uczynił ciekawe spostrzeżenie, że metale zachowują się zupełnie odmiennie w tkankach w razie, jeżeli połączymy je ze sobą. O ile n. p. kawałek miedzi w tkance ulega łatwo rozkładowi, o tyle takiż kawałek w połączeniu z cynkiem zachowuje się w tkankach długo, natomiast cynk ulega silnym zmianom. To zachowanie się metali może będzie mieć znaczenie dla chirurgii praktycznej w tych przypadkach, gdzie zmuszeni jesteśmy na czas dłuższy zostawiać w ciele druty, gwoździe i t. p. Przez odpowiedni dobór kombinacyi metali uda się wyszukać zespół zupełnie nieszkodliwy. Sprawa ta ma również wagę w dentystyce przy wyrabianiu protez i plomb metalicznych. K.

Danielsen. **Wyniki przeszczepiania narządów gruczołowych.** (Tow. lek. Wrocław, 3. XII., 1909). Narządy gruczołowe podzielić można na 3 grupy: 1) grupa o wydzielaniu zewnętrznem, 2) wewnętrznem, 3) zewnętrznem i wewnętrznem. Do pierwszej grupy należą: wątroba, nerki, ślinianki. Tutaj przeszczepianie na inne zwierzęta zupełnie się nie udaje, a przeszczepianie na ten sam gatunek rzadko daje dodatnie wyniki. Grupa gruczołów o wydzielaniu zewnętrznem i wewnętrznem obejmuje trzutskę, jądro i sutek. Tutaj również przeszczepianie daje zwykle wynik ujemny. Jedynie nadają się do przeszczepiania gruczoły o wydzielaniu wewnętrznem i to w takim porządku: najmniej gruczoł tarczowy, potem jajniki (u tego samego osobnika), nadnercza, a wreszcie gruczoły przytarczycowe (ciałka nabłonkowe). Przeszczepianie grasicy i przysadki zwykle się nie udaje. Praktycznie udało się D. wyzyskać przeszczepianie ciałek nabłonkowych u chorej, która na 6. dzień po operacyi wola zapadła na ciężką tężyczkę; wszczepienie 2 ciałek nabłonkowych z innego osobnika pomiędzy otrzewną, a powięź. Potem jeszcze tylko 2 napady; wyzdrowienie zupełne utrzymuje się już $^1/_2$ roku. A.

Bircher E. **Doświadczalne wywoływanie wola.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir. 1909, T. 103). Doświadczenia swoje przeprowadził Bircher, podając zwierzętom (białym szczurom i psom, u których wól występuje także samorodnie) do picia wodę ze źródeł, znanych jako wywołujące wole u ludzi, a przedewszystkiem wodę ze starego źródła w Rupperswil w kantonie Aarau w Szwajcaryi. Dopóki w gminie Rupperswil używano wody z tego źródła, pochodzącej z melasy morskiej (warstw osadowych), pojawiał się wól u 59% dziatwy szkolnej; gdy jednak na zasadzie map H. Birchera, określających geografię wola, zaopatrzono tę gminę wodą, płynącą ze skał jurajskiej formacyi, spadł odsetek wola w ciągu lat 23 na 2·5%, a wól stwierdzono tylko u przybyszów lub u ludzi, pijących dalej wodę ze starego źródła. Otóż zapomocą wody z tego starego źródła zdołał B. u swych zwierząt już po 2 do 3 miesiącach pojenia wywołać wole (powiększenie gruczołu tarczowego w dwójnasób lub trójnasób, przyczem obraz histologiczny zupełnie odpowiadał obrazowi wola). Zmiany powstawały tem wolniej, im zwierzę było starsze, a były tem mniejsze, im krócej trwało doświadczenie. B. przekonał się dalej, że wole wywoływała woda, zarówno sączona przez świeczki Berkefelda, jak nie sączona; natomiast nie wywoływała wola woda gotowana. W zapobieganiu wolowi jest przeto filtrowanie wody bezpożyteczne, natomiast skuteczne może być używanie wody tylko przegotowanej. B. przypuszcza, że przyczyną wola nie jest jakaś istota uorganizowana, ale raczej jakaś toksyna. U jednego z psów, użytych do doświadczeń, powstały obok wola objawy, które B. uważa za analogię matołectwa: apatya, upadek łaknienia, chód chwiejny, zwolnienie wzrostu; gdy psa tego po pewnym czasie poczęto poić wodą zdrową, objawy te i wól ustąpiły. Z tego doświadczenia wnosi B., że matołectwo nie jest następstwem wola, lecz że wól i matołectwo są równoległymi skutkami tej samej przyczyny, zawartej w wodach z pewnych geologicznych formacyi. Wody szkodliwe pochodzą z melas morskich i formacyi tryasowych; natomiast nie wywołują wola wody z formacyi jurajskich. Woda, wytwarzająca wole, może stracić tę własność, jeżeli się ją w odpowiedni sposób przepuści przez warstwy wapienia jurajskiego; naodwrót woda zdrowa nabiera własności wytwarzania wola, jeżeli przejdzie przez formacye tryasowe. Daje to wskazówki do akcyi zapobiegawczej na szerszą skalę. C.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Akademia Umiejętności w Krakowie.
Wydział matematyczno-przyrodniczy.

Posiedzenie z d. 2. maja 1910.

1) Członek L. Marchlewski przedstawia rozprawę pp. J. Buraczyńskiego i T. Nowosielskiego: **O produktach utlenienia bromowanych strychnin.**

W pracy niniejszej autorowie streszczają swe studya nad ciałami, powstającemi przy ogrzewaniu produktów bromowania strychniny z wodą. W pracy, przedłożonej Akademii d. 5. kwietnia 1909 r., pp. Buraczewski i M. Dziurzyński zauważyli, iż produkty bromowania strychniny, otrzymane przez nich, przy ogrzewaniu z wodą ulegają rozkładowi, przyczem powstaje osad nierozpuszczalny w wodzie; z rozczynu zaś alkalia strącają białe ciała o własnościach zasadowych. Wskutek tego, iż przy metodzie bromowania, użytej w tamtej pracy, otrzymywano bardzo małą wydajność, zastosowali autorowie obecnie inną metodę bromowania, mianowicie, na zawieszenie w eterze starannie utartej, strąconej strychniny i niektórych jej pochodnych działali nadmiarem bromu; otrzymywali przytem produkty zasadniczo identyczne z produktami, otrzymywanymi poprzednią metodą i z wydajnością prawie teoretyczną.

Z nierozpuszczalnego w wodzie osadu, wspomnianego powyżej, udało się autorom wyosobnić dwa ciała, będące bromoproduktami utlenienia strychniny o wzorach empirycznych $C_{21}H_{20}N_2Br_3O_3$ i $C_{21}H_{22}N_2Br_3O_4$. Pierwsze z tych ciał krystalizuje bardzo dobrze z kwasu octowego, nie posiada własności ani zasadowych, ani kwasowych, skręca płaszczyznę polaryzacyi światła na prawo; w alkoholu, eterze itp. jest prawie nierozpuszczalne, rozpuszcza się natomiast dobrze w kwasie octowym stężonym przy ogrzewaniu i w stężonych kwasach azotowym i siarkowym na zimno. Z rozczynów tych strąca się nadmiarem wody w stanie krystalicznym. Drugie zaś rozpuszcza się bardzo łatwo w alkoholu, z którego strąca się wodą, zakwaszoną kwasem solnym; jest nieczynne względem światła spolaryzowanego. Są to pierwsze otrzymane dotychczas produkty utlenienia strychniny, nie posiadające kwasowych ani też zasadowych własności. Z przesączu po kilkakrotnem bromowaniu autorowie wyosobnili jeszcze jeden produkt utlenienia, posiadający własności wybitnie zasadowe, skręcający płaszczyznę polaryzacyi na lewo. Nie zdołali jednak ustalić dotychczas empirycznego wzoru tego ciała. Badając własności toksyczne na psie, autorowie stwierdzili, że wszystkie trzy ciała nie działają trująco. Pies, po zażyciu aż 100 mgramowych dawek każdej z tych substancyj, nie okazywał żadnych objawów nieprawidłowych. Natomiast minimalne ilości dwu- i trójbromostrychniny działają zabójczo prawie natychmiast.

2) Członek T. Browicz przedstawia pracę p. Edm. Rosenhaucha: **Przyczynek doświadczalny do etyologii pryszczykowego zapalenia oka.**

Nierozstrzygniętą dotychczas ostatecznie kwestyę, czy (i jaki) związek istnieje między zapaleniem pryszczykowem oka, napotykanem tak często u człowieka, a gruźlicą, stara się autor wyjaśnić szeregiem doświadczeń na świnkach morskich. Wprowadzał on na spojówkę oka, w różny sposób podrażnioną, gronkowce złociste (często spotykane w worku spojówkowym u ludzi, dotkniętych zapaleniem pryszczykowem) u zwierząt nie gruźliczych, następnie u zwierząt, u których wywołał sztucznie gruźlicę, jakoteż wreszcie u zwierząt po wstrzyknięciu silnych dawek tuberkuliny. U zwierząt niegruźliczych nie powstawało zapalenie pryszczykowe, natomiast u zwierząt zagruźliczonych lub znajdujących się pod wpływem tuberkuliny, powstawały analogiczne zmiany jak u człowieka. Autor na podstawie tych doświadczeń dochodzi do wniosku, iż zapalenie pryszczykowe powstaje pod wpływem czynników zewnętrznych (np. gronkowca złocistego) tylko w ustrojach, znajdujących się pod wpływem jadu gruźliczego, produkowanego w jawnych lub utajonych ogniskach gruźliczych, dostającego się do obiegu ogólnego i czyniącego tkanki wrażliwemi na działanie, jak w tej formie, sprawy chorobowej.

(Treść 5 innych prac, przedstawionych na tem posiedzeniu, przekracza ramy »Przeglądu lekarskiego«).

Wydział zatwierdził wybór szeregu współpracowników Komisyi historyi nauk matematyczno przyrodniczych, m. i. Dra Ad. Wrzoska w Krakowie, Dra Wład. Szumowskiego we Lwowie, Dra Jana Peszkego w Warszawie i Dra W. Bugiela w Paryżu.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne d. 22. marca 1910.

1) Rzętkowski przedstawił **preparat krwi** chorego na **dur powrotny, barwiony metodą tuszową** Burriego z krętkami Obermeyera.

2) Wrotnowski przedstawił **preparaty** barwione **z plwociny,** nadesłanej do pracowni Dra Serkowskiego, w których znaleziono dużą ilość **pełzaków** (entamoeba histolytica Schaudina). Pełzaki posiadały swoiste ruchy, zawierały jądro i kilka, aż do 7 wakuol. Widoczną była ektoplazma i endoplazma. Na drugi dzień pełzaki utraciły ruch, udało się go jednak przywrócić przez ogrzanie w cieplarce przy 37° w ciągu $^1/_2$ godziny; późniejsze próby ożywienia ameb już się nie powiodły. Znajdowanie pełzaków w plwocinie należy do wielkich rzadkości.

3) Kryński: **Przyczynek do operacyjnego leczenia choroby Gravesa.** Prelegent przedstawił 2 chore pomyślnie operowane z powodu choroby Gravesa.

W dyskusyi podkreśla Puławski, że wobec ciemnych stron etyologii choroby Gravesa nie można uważać operacyjnego leczenia tej choroby za środek jedyny i skuteczny. Co się tyczy przypadków Kryńskiego, to są to przypadki zanadto świeże, ażeby z nich można było sądzić o wszystkich dobrodziejstwach operacyi, mianowicie o trwałości poprawy. — Krauze podnosi, że przy leczeniu choroby Basedowa zapomocą promieni Roentgena nietylko spostrzegano kruchość naczyń, co stanowi ważną przeszkodę w razie operacyi, lecz również wole mocno przyrasta do tkanek otaczających, jak to stwierdził Eiselsberg, przez co powstaje znaczna trudność techniczna przy wycięciu gruczołu tarczowego. Należałoby przeto stosowania promieni Roentgena zaniechać, o ile po kilku posiedzeniach stan chorego się nie poprawia. — Kopczyński podkreśla, że dopóki współrzędność schorzenia różnych gruczołów o wydzielinie wewnętrznej w chorobie Gravesa nie zostanie jeszcze wyświetlona, dopóty nie może być mowy o racyonalnem leczeniu tej choroby.

4) Oczesalski: **O zespole objawów, zwanym chorobą Morgagni-Adams-Stokesa** (z pokazem krzywych). Zespół objawów Morgagni-Adams-Stokesa składa się z nieustającej bradykardyi, oraz z napadów omdlenia, którym nieraz towarzyszą drgawki. Bradykardya bywa rodzaju trojakiego: 1) całkowita, to znaczy dotycząca i komór i przedsionków, 2) komorowa, zależna od tak zwanego »bloku« sercowego, czyli od tego, że niektóre skurcze przedsionków (z zachowaniem pewnej arytmicznej prawidłowości) nie udzielają się komorom i 3) komorowa, zależna od dysocyacyi komór i przedsionków, przy której żaden skurcz przedsionków nie udziela się komorom.

Bradykardyę pierwszego rodzaju spotykamy w postaci pozasercowej cierpienia M.-Ad.-Stokesa; jest ona wynikiem podrażnienia nerwu błędnego wskutek różnorodnych spraw chorobowych albo w rdzeniu przedłużonym (kilaki, ograniczone zapalenie opon, stwardnienie tętnic, nowotwory), albo też w jądrze lub w pniu nerwu błędnego. Bradykardya drugiego i trzeciego rodzaju zależy od różnych spraw chorobowych w mięśniu sercowym, jeżeli sprawy te wy-

wołają zaburzenia w przewodnictwie pobudek skurczowych. Rozpoznanie rodzaju bradykardyi, a co za tem idzie i stwierdzenie, czy przyczyna cierpienia znajduje się w sercu, czy w opuszce, możliwe jest zapomocą skombinowanej sfigmografii, lub też zapomocą prześwietlania serca promieniami Röntgena, albo zapomocą metody elektrokardyograficznej. Jeżeli metody te są niedostępne, to należy zastosować odczyn atropinowy lub tak zwaną próbę uciskową Czermaka.

Tadeusz Wilczyński.

Wydział lekarski Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu.

Zebranie z d. 4. marca 1910.

1) Dr Karwowski przedstawia chorego **z mnogimi guzami podskórnymi,** wielkości groszku do orzecha. Dołem są te guzy zrośnięte, górna część pozwala się w niektórych odgraniczyć, w innych przechodzi w płaskie stwardnienie tkanki podskórnej. Guzy te istnieją już od lat kilku i przed pewnym czasem miały wywołać drętwienie palców. Obecnie nacisk na jeden z tych guzów, położony na przedramieniu, wywołuje bolesność promieniującą aż do ręki. Ponieważ chory nie godzi się na próbne wycięcie, przeto rozpoznanie jest niepewne. Mogą wchodzić w rachubę: nerwowłókniaki, zwykłe włókniaki, kilaki lub tłuszczaki. Mowca przychyla się na razie do rozpoznania tłuszczaków, ostateczne jednak rozpoznanie rozstrzygnie dopiero zbadanie histologiczne.

W dyskusyi zwraca Dr Łazarewicz uwagę, że przy gośćcu zdarzają się tego rodzaju guzki. W takich razach miesienie bywa bardzo skuteczne. — Dr Gantkowski wspomina o spostrzeganym w Würzburgu przypadku zapalenia mięśni ze skostnieniem (myositis petrificans), który podobnie się zaczynał. — Dr Chachamowicz zapytuje, czy nie zachodziła włośnica. — Dr Meissner widział przypadek ogólnej tłuszczakowatości, w którym sądził, że chodzi o włókniaki, dopiero drobnowidowo stwierdził tłuszczaki. — Radca Dr Chłapowski zwraca uwagę na możliwość wągrów.

2) Dr Karwowski przedstawia chorego z nadzwyczaj silnie rozwiniętą **kiłą grudkową.** Całe ciało, nie wyjmując twarzy i powiek, pokryte grudkami. Mimo tych objawów, istniejących od kilku miesięcy, chory teraz dopiero udał się w opiekę lekarską.

3) Aptekarz p. Jasiński przedstawia szereg leków, wyrabianych według jednolitego przepisu przez Związek aptekarzy śląskich i poznańskich, a o wiele tańszych od oryginalnych, patentowanych przez poszczególne fabryki.

4) Dr Jezierski zdaje sprawę ze stanu biblioteki Wydziału, którą w nowym lokalu uporządkował i ułożył.

5) Dr Karwowski omawia nowy lek przeciwkiłowy, **asurol,** nad którym robił doświadczenia. Lek ten jest o tyle dogodny, że jako rozpuszczalny nie wymaga tak ostrożnego wstrzykiwania, jak przetwory nierozpuszczalne. Jak sam Neisser, który go poleca, stwierdził, jest lek ten za słaby, żeby wystarczyć do leczenia przeciwkiłowego i musi być stosowany naprzemian z olejem szarym. Prócz tego jest asurol stosunkowo bardzo drogi. Ze swoich doświadczeń mowca zaznacza, że na kilkadziesiąt wstrzyknięć w 7 przypadkach spostrzegał silną bolesność i opuchnięcie pośladka, jakiego nie spostrzegał przy używanym dotąd salicylanie rtęci w oliwie. Dlatego mowca będzie asurol chyba wtedy stosować, gdy przy zawiesinie tłustej zachodzi obawa zatoru w razie dostania się zawiesiny do żyły.

Następnie zdaje mowca sprawę z doświadczeń, podjętych przez siebie **z przyrządem do gorącego powietrza** »Föhn« (z firmy »Sanitas«). Przyrząd ten jest bardzo praktyczny. Pomijając zastosowanie gorącego powietrza w innych działach medycyny, przyrząd ten bardzo się nadaje do uśmierzenia bolu po wstrzyknięciach. Na szeregu przypadków stwierdził mowca, że w znacznej ich większości ogrzanie miejsca, gdzie wstrzyknięto rtęć, znacznie skracało bolesność; zauważył jednak, że po kilkarazowem stosowaniu gorącego powietrza liczba krwawień po ukłuciu igłą Pravaza zdawała się rosnąć, co oczywiście utrudnia stosowanie przetworów nierozpuszczalnych wobec niebezpieczeństwa zatoru. Natomiast ogrzewanie krocza po bolesnych wstrzyknięciach do cewki lub pęcherza sprawia znaczną ulgę. Ogrzanie poprzednie miejsca, z którego się chce dostać krew do próby Wassermanna, wywołuje daleko obfitsze płynięcie krwi do bańki.

6) Radca Dr Chłapowski przedstawia pismo »Dwumiesięcznik«, zawierające referaty z obcych prac, ze Zjazdów i t. d., Dr Swięcicki zaś pismo Dra Fruchtmanna z Warszawy: »Współczesna Medycyna«.

7) Na wniosek Dra Łazarewicza wybrano na Zjazd pedyatryczny w Paryżu przedstawicielką panią Dr Szczawińską z Paryża.

8) Dyskusya nad wykładem radcy Dra Chłapowskiego: **O krzepnięciu krwi.** Po kilku słowach wstępnych prelegenta, zabiera głos Dr Fr. Zakrzewski: Najciekawszą jest obecna faza, w której się znajdują badania nad krzepnięciem krwi. Krzepnięcie polega na połączeniu ciał koloidalnych. Mowca zwraca uwagę na wielką rolę chemii koloidalnej. W samem osoczu znajdują się czynniki do krzepnięcia potrzebne. Wystarcza zmieszać fibrynogen z surowicą z dodatkiem albo soli potasowo-szczawianowej, albo szkła sproszkowanego. — Dr Łazarewicz: Aleksander Schmidt z Dorpatu zmieniał teorye nad krzepnięciem krwi. Do krzepnięcia potrzebne jest zwolnienie prądu krwi i zmiana śródbłonków. Doświadczenia Ebertha i Schimmelbuscha wykazały, że prąd brzeżny w naczyniach jest 20 razy słabszy, niż osiowy. Przy większem zwolnieniu białe krwinki wędrują do prądu brzeżnego, do nich przyłączają się płytki krwi. Dopiero uszkodzenie ściany naczynia wywołuje zakrzep. Przyspieszenie akcyi serca zapobiega zatorowi przy małych zakrzepach. Dlatego przy operacyach mięśniaków macicy stara się mowca podnieść sprawność serca. — Dr Jezierski: Płytkom krwi przed kilku laty przypisywano wielką rolę, niestety potem o nich zapomniano. Po wstrzyknięciu sporyszu spostrzegał mowca ogromne ilości płytek, z czego wnosi, że one są potrzebne do krzepnięcia. Odwrotnie w niedokrwistości złośliwej wcale płytek niema i krwotoki są na porządku dziennym. — Dr Święcicki: W przypadku kol. Jezierskiego podczas podawania sekakorniny (3 miesiące!) miesiączka była nadzwyczajnie silna. Dopiero po przestaniu podawania sporyszu miesiączki się zmniejszyły. — Dr Łazarewicz: O roli białych krwinek coraz bardziej się zapomina. A jednak w połogu, gdzie krzepnięcie krwi następuje, jest silna leukocytoza. — Dr Chłapowski: Sama leukocytoza nie przyczynia się ani do krzepnięcia, ani do jego usunięcia. Dowodem białaczka. — Dr Karwowski zwraca uwagę na rolę wielojądrzastych leukocytów w wiewiórze. — Dr Zakrzewski: Doświadczenia w pracowniach nie tłomaczą dostatecznie zjawisk w naturze. — Dr Łazarewicz: W rzucawce także odgrywa rolę krzepnięcie krwi. Ferment zdaje się pochodzić z łożyska. Na tej podstawie stosowano w rzucawce hirudynę z pijawek, czem można znieść krzepliwość krwi. Środek ten jest jednak ogromnie drogi. — Dr Chłapowski poleca związki wapna; widział bardzo dobre działanie wapna nawet przy krwotokach. Przy krwawieniu miesięcznem podawał mieszankę mleczanu wapna i magnezyi. — Dr Falgowski: Krwawienia miesiączkowego nie można porównywać z krwawieniem z rany. Środki wapienne zawodzą zupełnie przy zwyrodnieniu rakowem. Latkowski w Krakowie wstrzykiwał zwierzętom do tętnicy szyjnej rozczyn chlorku wapniowego i spostrzegał powiększenie ciśnienia krwi, które przy krwawieniu właśnie jest przeciwwskazane. — Dr Jezierski: Przy krwotokach z płuc zalecano dużo sporyszu ze sku-

tkiem. Obecnie podaje się również ze skutkiem atropinę. Przy gruźlicy sam mowca stosował wapno doświadczalnie u świnek morskich w przypuszczeniu, że ułatwi to zwapnienie ognisk gruźliczych. Świnki te wydzielały jednak wszystko i padały tak samo, jak inne. W ostatnich czasach przy próbach nad sztucznem stwardnieniem tętnic spostrzeżono, że można je wywołać, jeśli prócz wapna stosuje się adrenalinę. Mowca podaje myśl, czy w gruźlicy nie możnaby sztucznie przyspieszać zwapnienia ognisk przez podrażnienie chorego oskrzela i podawanie wapna. — Dr Zakrzewski myśl tę uważa za bardzo ważną. Przy gruźlicy należy zwalczać demineralizacyę. Jest to nieraz pierwszy objaw gruźlicy, który należy zwalczać.

Dr Adam Karwowski.

Wrażenia chirurgiczne z klinik berlińskich.

Podał

Dr Zygmunt Lewicki,

sek. szpit. w Samborze.

(Dokończenie).

Przy ranach świeżych, z rozmaitych urazów powstałych, wystrzegają się u Biera wszelkiego oczyszczania otoczenia — tylko wszystkie strzępy wycinają na odległość 1 cm w zdrowem otoczeniu i pędzlują otoczenie nalewką jodową; rany na twarzy ze względu na wielką ilość naczyń krwionośnych zeszywają. Przy ranach zanieczyszczonych kurzem lub gnojem końskim wstrzykują zapobiegawczo surowicę przeciwtężcową.

Przy złamaniach powikłanych czaszki bez względu na to, czy są objawy ucisku mózgu, czy nie, wydostają wgniecione odłamki zapomocą trepanacyi czaszki.

Na zakończenie słów kilka o urządzeniach dwóch najnowszych szpitali w Berlinie, t. j. szpitala Virchowa i szpitala w Rixdorfie pod Berlinem.

Pierwszy oddany do użytku publicznego w r. 1906, urządzony na 2000 łóżek, a zbudowany sposobem pawilonowym, składa się z małych domów parterowych, mieszczących po 20 kilka łóżek. Tylko choroby skórne i kobiece mieszczą się w głównym budynku na piętrach. Oświetlenie elektryczne, ogrzewanie centralne. Urządzenia i motory tak elektryczne, jak i do ogrzewania centralnego, mieszczą się w piwnicach pod pawilonami i głównym budynkiem. Szczególnie doniosłe znaczenie ma urządzenie stałego przewiewu powietrza na salach chorych. W tym celu pod każdym pawilonem jest urządzony wentylator skrzydłowy, pędzony elektrycznością, który z zewnątrz z t. zw »domu powietrznego« (Lufthauschen) wciąga przez filtr i przez odpowiednią ogrzewalnię powietrze świeże, a następnie zapomocą rur w ścianach rozprowadza je po wszystkich salach. Wentylator zaś na strychu umieszczony wsysa powietrze zużyte z sal zapomocą rur odprowadzających i wypycha je na zewnątrz. W ten sposób utrzymana jest ciągła czystość powietrza na salach. Prócz tych są urządzone i zwykłe wentylatory. Cały szpital zaopatrzony jest w wodociągi z ciepłą i zimną wodą i posiada maszynę do wyrobu lodu sztucznego z wody przekroplonej. Odpływ kanałowy połączony jest z kanałem miejskim, jednakże w pawilonie izolacyjnym znajduje się osobne urządzenie, gdzie się odchody poddaje działaniu wysokiej ciepłoty, a następnie dopiero odprowadza do kanału miejskiego. W osobnym budynku dezynfekcyjnym znajdują się 3 przyrządy parowe i jeden formalinowy; prócz tego w każdym pawilonie jest osobny mniejszy przyrząd dezynfekcyjny dla bielizny, którą tu odkaża się naprzód w parze, a potem dopiero odsyła się do pralni. Do spalania opatrunków służą dwa przyrządy systemu Kori, które w przeciągu $^1/_2$ godziny spalają pełny piec opatrunków. W pralni jest około 10 maszyn do prania i 5 wirówek do wyżymania bielizny, którą się suszy następnie w parowej suszarni. Kuchnia główna ma umywalnie i płuczki marmurowe, oprócz niej są w pawilonach małe kuchenki do gotowania i przygrzewania potraw dla ciężko chorych. Potrawy rozwożą w wózkach ogrzanych.

Na oddziałach wszędzie nadzwyczajna czystość, pawilony mają po dwie sale główne i dwie lub więcej sal mniejszych.

Na salach głównych łóżka rozmieszczone po obu stronach, środkiem jest wolne przejście. Dostęp do łóżek jest możliwy ze wszystkich stron. Sale duże są dla lżej, a małe dla ciężko chorych. Na każdej sali jest stół, a przy każdem łóżku krzesło drewniane, biało lakierowane. Łóżka żelazne biało lakierowane z materacami włosianymi i sprężynowym wkładem. Obok łóżka stolik nocny żelazny, biało lakierowany, ze szklaną grubą płytą na wierzchu. W każdej sali duży kosz z kwiatami. Nad głowami chorych tablice z nazwiskiem i kartą ciepłoty. Przy głównych salach są osobne pokoiki z umywalniami dla chorych i osobny pokoik do badania chorych, względnie robienia opatrunków, dalej osobna pracownia dla lekarza.

Każdy pawilon ma swego lekarza.

Sale operacyjne znajdują się w osobnym budynku jest ich trzy, a dwie sale do usypiania i przygotowania chorych do operacyi. Każda sala operacyjna jest tak urządzona, że połowa dachu jest oszklona i ta część dachu przechodzi w dalszym ciągu w oszkloną werandę aż do ziemi tak, że właściwie operuje się w szklanej werandzie. W każdej sali operacyjnej są naturalnie wodociągi z ciepłą i zimną wodą, cała sala biało lakierowana bez kątów, szafy z narzędziami w ścianie, sterylizatory w osobnej salce tuż przy sali operacyjnej.

Pawilony zakaźne są podobnie urządzone, jak i dla innych chorych, tylko dla każdej choroby przeznaczono osobny pawilon.

W szpitalu Virchowa systemu klasowego niema.

Podobnie urządzony jest szpital w Rixdorfie pod Berlinem, otwarty w październiku r. z., obliczony na 700 łóżek, (na razie jest dwieście kilka), również zbudowany systemem pawilonowym, tylko wszystkie pawilony połączone są ze sobą krytymi ogrzewanymi chodnikami. Pomiędzy pawilonami są ogródki, prócz nich jest w środku duży ogród, a po obu stronach ogrodu są pawilony symetrycznie zbudowane. Przy każdym pawilonie są werandy z leżakami dla chorych. W pawilonach również po dwie duże sale i 3 mniejsze o dwu i więcej łóżkach. Na salach małych leżą ciężko chorzy, a do osobnej sali przenosi się chorych umierających, by widok śmierci nie działał przygnębiająco na resztę chorych. Osobno jest sala jadalna, gdzie lżej chorzy spędzają także czas na czytaniu książek lub zabawie. Każdy pawilon ma osobną łazienkę, pokój z umywalniami do mycia się chorych i osobny pokój opatrunkowy, względnie do badań. Na salach łóżka niklowane z wkładami sprężynowymi i materacami włosianymi. Stoliki nocne również niklowane z płytą szklaną. Na każdej sali kwiaty. Nad głowami chorych tablice z nazwiskiem i karta ciepłoty; rozpoznań nie umieszczają ani na tablicach ani na kartach nagłówkowych, tylko w dzienniku lekarskim. Sale operacyjne podobnie urządzone, jak w szpitalu Virchowa; obok sali operacyjnej mieści się zawsze pracownia, pokój Röntgena i fotograficzny. Każdy pawilon jest piątrowy, w każdym winda dla chorych.

Przyjęcie chorego odbywa się w głównym budynku, frontowym, gdzie znajdują się pokoje lekarzy i biura administracyjne. W pokoju przyjęć wyznaczają choremu pawilon i salę, do której idzie lub jedzie wózkiem. Wokoło wszystkich pawilonów z zewnątrz jest droga, z niej do każdego pawilonu prowadzi osobne wejście. W pawilonie chory oddaje ubranie, które zaraz odsyła się do odkażania, sam zaś idzie do kąpieli oczyszczającej. Dopiero potem ubrany w odzież szpitalną, przechodzi chory na salę. Z sal jest drugie wejście do ogrodu szpitalnego, z którego chorzy

mogą dostać się z powrotem tylko do sal, zresztą nie mają żadnej styczności ze światem zewnętrznym.

Robert Koch.

Gdy Rudolf Virchow, jeden z najwybitniejszych uczniów sławnego Jana Müllera, był już u szczytu sławy, zajmując miejsce naczelne w naukowym świecie medycznym, wystąpił na widownię pracy naukowej skromny lekarz prowincyonalny — Robert Koch. Rok 1878, w którym Koch wydał swoją słynną monografię o etyologii chorób zakaźnych (»Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfektionskrankheiten«), stał się przełomowym w dziejach medycyny w Niemczech. Do tego czasu medycynę w Niemczech możnaby nazwać okresem Virchowa, od tego zaś czasu zaczyna się okres Kocha.

Robert Koch urodził się 11 grudnia 1843 r.[1]). Pierwszą pracę naukową (»Ueber das Vorkommen von Ganglienzellen an den Nerven des Uterus«), nagrodzoną przez wydział lekarski w Getyndze, ogłosił Koch w r. 1865, będąc studentem medycyny. Po ukończeniu studyów medycznych pracował przez krótki czas, jako asystent, w szpitalu powszechnym w Hamburgu. Potem osiadł, jako lekarz praktykujący, w Langenhagen pod Hannowerem, lecz rychło przeniósł się do Rakoniewic (Rackwitz), małego miasteczka w Księstwie Poznańskiem. Po trzechletniej tam praktyce otrzymał posadę lekarza powiatowego (Kreisphysicus) i zamieszkał w Wolsztynie. Na tem stanowisku będąc, rozpoczął swoje badania z zakresu etyologii chorób zakaźnych. W roku 1877 ogłosił odkrycie zarodników wąglika, a w następnym wspomnianą wyżej monografię, w których podał sporo nowych metod badania mikrobów. Temi pracami Koch zwrócił na siebie uwagę rządu, który, oceniając jego zdolności i zasługi naukowe, powołał go w r. 1880 do państwowego Urzędu zdrowia w Berlinie. Tutaj Koch miał możność w daleko większym stopniu zużytkować swe zdolności, aniżeli w małej mieścinie, w której nie było żadnych zakładów naukowych. Pierwsze lata pobytu Kocha w Berlinie stanowią najświetniejszą kartę w księdze jego życia. W roku 1881 znakomicie udoskonala metodykę bakteryologiczną, wprowadzając do hodowania mikrobów pożywki stałe przeźroczyste. W roku następnym ogłasza szereg prac, poświęconych badaniu mikrobów jadowitych, oraz rozmaitych sposobów dezynfekcyi. Niektóre z tych prac wykonał wspólnie z uczniami swymi: Wolfhügelem, Gaffkym i Löfflerem. W tymże roku zrobił doniosłe odkrycie zarazka gruźlicy, a w r. 1883 odkrył wspólnie z Gaffkym i Fischerem[2]) przecinkowca cholery, badając tę chorobę w Egipcie i w Indyach. W uznaniu tych niepospolitych zasług otrzymał Koch w r. 1884 od rządu niemieckiego dar honorowy w kwocie stu tysięcy marek. W następnym roku został mianowany zwyczajnym profesorem i dyrektorem zakładu higieny w Uniwersytecie Berlińskim. Rok 1890 zaćmił chwilowo dotychczasową świetną sławę Kocha. W czasie międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Berlinie w 1890 r. pamiętnym jest dzień 4 sierpnia, w którym Koch oświadczył publicznie wobec lekarzy wszystkich krajów cywilizowanych, że znalazł środek, którym nie tylko można uodpornić świnki morskie na szczepienie gruźlicy, ale także wyleczyć gruźlicę ogólną u tych zwierząt. W kilka zaś miesięcy potem ogłosił artykuł[3]), w którym, podając wyniki leczenia gruźlicy u ludzi, wysnuwa z nich z pewnemi zastrzeżeniami wniosek, że poczynające się suchoty można zupełnie wyleczyć środkiem przezeń wynalezionym. W artykule rzeczonym podnosi nadto Koch z naciskiem, że środek przezeń wynaleziony może mieć z czasem także wielkie znaczenie pod względem rozpoznawczym. Środek ten, znany później pod nazwą tuberkuliny, utrzymywał Koch w wielkiej tajemnicy, co wywołało niemałe oburzenie w świecie lekarskim. Późniejsze atoli badania nie potwierdziły optymistycznych wniosków Kocha co do właściwości leczniczych tuberkuliny, choć wykazały istotnie wielką wartość tuberkuliny, jako środka rozpoznawczego. To niepowodzenie nie zraziło jednak Kocha do dalszych prac eksperymentalnych nad leczeniem gruźlicy, któremi zajmował się do końca życia.

W r. 1891 ustąpił Koch z katedry higieny, a natomiast objął urząd dyrektora w Zakładzie badania chorób zakaźnych, założonym wówczas w Berlinie. Na tem stanowisku, owocnie pracując, pozostał do r. 1904. Pracował w tym czasie głównie nad badaniem podzwrotnikowych chorób zakaźnych i zimnicy. W tym celu niejednokrotnie odbywał dalekie podróże, aby badać wspomniane choroby w krajach, w których one epidemicznie panują.

Po ustąpieniu z posady dyrektora Zakładu badania chorób zakaźnych nie przestawał pracować wytrwale aż do śmierci, która 27 maja b. r. przerwała pasmo nader pożytecznego jego życia. Umarł Koch w pełni sił twórczych i zapału do pracy naukowej.

Tem większa dla nauki strata!

Aby należycie ocenić niezwykłe zasługi Kocha dla nauki, trzeba koniecznie uwzględnić epokę, w której pracował. Gdy Koch występował z pierwszemi swojemi pracami z zakresu bakteryologii, genialny Pasteur położył już był potężne podwaliny pod gmach tej nauki; Lister, opierając się na badaniach Pasteura, zrobił już był prawdziwy przewrót w chirurgii, wprowadziwszy do niej metodę przeciwgnilnego leczenia ran; znane już były niektóre zarazki (lasecznik wąglika, krętek Obermeiera i in.). Był to początek epoki najwspanialszego rozkwitu mikrobiologii. Otwierało się olbrzymie pole pracy dla ludzi tak utalentowanych jak Koch. I w rzeczy samej położył on wielkie zasługi na tem polu. Poświęciwszy całe życie badaniu etyologii chorób zakaźnych i sposobów zapobiegania im oraz ich leczenia, choć nie odkrył nowych horyzontów naukowych, to jednak dokonał niemałych rzeczy w nauce.

W pierwszym okresie swej działalności naukowej, pracując nad etyologią chorób zakaźnych, miał już wyraźny cel, wskazany przez słynnego patologa, a zarazem anatoma, — Henlego. Już bowiem Henle ściśle sformułował zadania, jakie należy rozwiązać, chcąc etyologię każdej choroby zakaźnej należycie wyświetlić[4]). Do rozwiązania atoli tego zadania brakowało rzeczy bardzo ważnej, bo ścisłych metod badania. W wynajdowaniu właśnie metod badania wynalazczość Kocha święciła prawdziwe tryumfy. Wprowadził on tak wiele i tak ważnych metod badania do bakteryologii, że doprawdy trudno sobie wyobrazić, jakiby obecnie był rozwój tej nauki bez doniosłych prac Kocha. Poczynając od przygotowania zasuszonych preparatów na szkiełkach z płynnych hodowli mikrobów, utrwalania ich, barwienia, badania mikrobów zabarwionych anilinowemi farbami zapomocą soczewki imersyjnej z użyciem przyrządu oświetlającego Abbego[5]), zastosowania fotografii do badań bakteryologicznych, a kończąc na wprowadzeniu pożywek stałych przeźroczystych, — wszystko to jest w wyłącznej

[1]) Ważniejsze wiadomości do życiorysu Kocha czerpię z artykułu R. Paltaufa p. t. »Robert Koch« (Wiener klin. Wochenschr. 1903. Nr. 50).

[2]) F. Hüppe. Naturwissenschaftliche Einführung in die Bakteriologie. Wiesbaden 1896. str. 256.

[3]) Deutsche medizinische Wochenschr. 1890. Nr. 46. a.

[4]) F. Löffler. Vorlesungen über die geschichtliche Entwickelung der Lehre von den Bakterien. I Teil. Leipzig 1887. str. 51 i nast.

[5]) »Die Anwendung des Abbe'schen Beleuchtungs-apparates in Verbindung mit den Objectiven für homogene Immersion zur Untersuchung der mit Anilinfarben gefärbten Präparate durch Koch stellt einen hochbedeutungsvollen Markstein dar in der Geschichte der Erforschung der Infektionskrankheiten« (Löffler s. c. str. 232).

lub w znacznej mierze zasługą Kocha. Słusznie utrzymuje Günther, że wynalezione przez Kocha pożywki stałe przeźroczyste są »kamieniem węgielnym nowożytnej bakteryologii«[6]). Dzięki niepospolitemu talentowi wynajdowania ścisłych, a zarazem prostych metod badania mógł Koch w małej prowincyonalnej mieścinie odkryć zarodniki wąglika, mógł badaniami eksperymentalnemi wykazać z całą pewnością, że mikroby, wywołujące rozmaite choroby zakaźne, różnią się zasadniczo między sobą i różnice te stale zachowują. Później, gdy miał bez porównania lepsze warunki pracy, doszedł do wspaniałego odkrycia zarazka gruźlicy, posługując się i tutaj własnemi metodami badania. Wprawdzie już przed Kochem było rzeczą zupełnie pewną, osobliwie po badaniach Villemina, że gruźlica jest chorobą zakaźną. Wprawdzie Baumgarten odkrył w tym samym czasie, co i Koch, zarazka gruźlicy. Ale Koch nie tylko go odkrył, lecz pierwszy podał sposób hodowania tego zarazka na sztucznych pożywkach, i on pierwszy wykazał, że można u zwierząt wywołać gruźlicę, zaszczepiwszy im ten zarazek w czystej hodowli.

Badania Kocha nad etyologią gruźlicy zostały wykonane z niedoścignionem wprost mistrzostwem. Po tych badaniach, które bodaj są najświetniejsze z licznego szeregu badań Kocha, chyba tylko ludzie uprzedzeni mogli jeszcze powątpiewać, czy mikrob, odkryty przez Kocha, jest istotnie zarazkiem gruźlicy.

Obok niezwykłej zdolności wynajdowania nowych metod badania, obok nadzwyczajnej wytrwałości w badaniach, cechował Kocha wielki zapał do nauki. Nie waha się on dla badań naukowych odbywać podróże do okolic nawiedzonych epidemiami. Sam przechodzi wskutek tego ciężki napad cholery i zapada niejednokrotnie na zimnicę[7]). Aby zbadać działanie tuberkuliny, wstrzykuje sobie dużą dawkę tego środka, bo aż 0·25 cm³. Następuje bardzo silny odczyn, który Koch tak opisuje: »W trzy do czterech godzin po wstrzyknięciu pojawiły się ciągoty w członkach, osłabienie, pozywy do kaszlu, utrudniony oddech, co szybko wzmagało się; po pięciu godzinach wystąpił niezwykle silny dreszcz, który trwał prawie całą godzinę; współcześnie istniały nudności, pojawiły się wymioty oraz podniesienie ciepłoty aż do 39·6°; po 12 godzinach wszystkie te objawy złagodniały, ciepłota opadła, powróciwszy dnia następnego do normalnego stanu; ociężałość w członkach oraz osłabienie trwało jeszcze dni kilka; równie długo miejsce wstrzyknięcia było nieco bolesne i zaczerwienione«[8]).

W parze z wielkim zapałem do badań nie szedł, niestety, tak wielki krytycyzm. Chcąc pomysły Pasteura szczepień ochronnych i leczniczych, dzięki którym Pasteur otrzymał świetne wyniki (cholera kur, wąglik, wścieklizna), zastosować do gruźlicy, popełnia Koch błąd, ogłaszając swą metodę leczniczą, nie wypróbowawszy jej dostatecznie. W tym wypadku brak należytego krytycyzmu zemścił się srogo na wielkim badaczu, przyczyniając mu dużo przykrości. Brak krytycyzmu można zauważyć u wielu pracowników naukowych na polu bakteryologii w Niemczech w ostatnich kilku dziesiątkach lat. Wprowadzenie nowych metod badania ułatwiło znakomicie pracę naukową w dziedzinie bakteryologii. Nawet ludzie, nie posiadający istotnego powołania do pracy naukowej, zaczęli się garnąć do badań bakteryologicznych w nadziei, że się im uda łatwym sposobem odkryć jakiś nowy zarazek i w ten sposób zdobyć sławę naukową. To też raz wraz opisywano coraz to nowe odkrycia zarazków, a wiele z tych »odkryć« okazało się później jeno błędem w badaniu. Zaczęto przeceniać znaczenie zarazków, uważając je za jedyną i wystarczającą przyczynę chorób zakaźnych, a jednocześnie zaczęto niedoceniać roli samego ustroju w powstawaniu tych chorób. Można twierdzić bez przesady, że poziom prac naukowych z zakresu patologii w ostatnich dziesiątkach lat w Niemczech i w krajach, znajdujących się pod wpływem medycyny niemieckiej, obniżył się w porównaniu z pracami poprzedniego okresu, w którym największy wpływ na patologię wywierał Virchow, a we Francyi Pasteur wykonywał swoje wiekopomne prace. Mimowoli nasuwa się porównanie Kocha z Virchowem i Pasteurem, gdyż wszyscy oni wywarli olbrzymi wpływ na kierunek badań z zakresu patologii, a poczęści także z zakresu profilaktyki i terapii. Mieli oni kilka cech wspólnych: zapał do badań, wielką pracowitość i nie mniejszą wytrwałość. Poza tem były to różne umysły. Pasteur należy do rzadkich geniuszów, którzy odznaczając się i głębokością umysłu i wielką intuicyą w badaniach, odkrywają nowe dziedziny naukowe, w których wielkie dzieła tworzą. Nie będąc ani medykiem, ani nawet biologiem z zawodu, dzięki tylko swemu wszechstronnemu geniuszowi, wywarł Pasteur taki wpływ na nauki medyczne, jak żaden ze współczesnych mu ludzi. Mógł Józef Lister, składając hołd publiczny Pasteurowi w 1893 roku w czasie jego jubileuszu, wyrzec doń, bez obawy, że będzie posądzony o przesadę, te słowa: »Zaiste niemasz na całym świecie drugiego człowieka, któremuby nauki lekarskie więcej miały do zawdzięczenia, aniżeli Panu«. (»Vraiment il n'existe dans le monde entier aucun individu auquel doivent plus qu' à vous les sciences médicales«)[9]). — Innym umysłem był Virchow. Wszechstronnie wykształcony, wysoce utalentowany, głękoki myśliciel i nader sumienny, bo bardzo krytyczny, badacz — Virchow nie miał intuicyi twórczej w takim stopniu, jak Pasteur. Koch zaś, który posiadał umysł bardzo wynalazczy, był mniej krytyczny i mniej głęboki od Virchowa. Dla medycyny teoretycznej zasługi Virchowa niewątpliwie są większe od zasług Kocha. Jeżeli jednak chodzi o praktyczne zdobycze, to Koch niezaprzeczenie położył większe zasługi od Virchowa, przyczyniwszy się znakomicie swojemi badaniami nie tylko do postępu medycyny teoretycznej, lecz także do zwalczania chorób zakaźnych.

Historya medycyny umieści imię Kocha w rzędzie tych, których zasługi istotnie były wielkie, a cała ludzkość z wdzięcznością będzie wspominać to imię, jako tego, który walczył i nauczył nas walczyć z najzdradliwszym naszym wrogiem — chorobami zakaźnemi. Adam Wrzosek.

[6]) Günther. Wstęp do nauki bakteryologii. Przekład A. Żurakowskiego. Warszawa 1902. str. 141.

[7]) L. Brieger und F. Kraus. Krankheitsgeschichte Robert Kochs. Deutsch. med. Wochenschr. 1910. Nr. 22.

[8]) R. Koch. Dalsze wiadomości o środku przeciw gruźlicy. Medycyna 1890. Nr. 47. (Dosłowny przekład z Nru 46. a. »Deutsche mediz. Wochenschr.«).

[9]) Le Jubilé de M. Pasteur. Archives de médecine expérimentale etc. T. V. 1903. str. 163—165.

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Krajowa Rada Zdrowia obradowała na posiedzeniu w d. 4. VI. b. r. nad pouczeniem o durze osutkowym, wydała opinie w sprawie grobowca rodzinnego w Laszkach, w sprawie okręgów sanitarnych w Tarnobrzeskiem (Nadbrzezie), Kosowskiem (Kosmacz), Brzozowskiem (Ulucz, Haczów), Żydaczowskiem (Ruda), Lwowskiem (Nawarya, Zamarstynów), Dobromilskiem (Bircza), w sprawie taksy szpitalnej w Bóbrce, rejonów ochronnych zdrojów w Rabce i wodociągów w Podgórzu, wreszcie w sprawie regulaminu Izby wschodnio-galicyjskiej. R.

XV. Wiec Izb lekarskich austryackich oraz nadzwyczajne Zgromadzenie delegatów Państwowego Związku organizacyi lek. odbyły się w Wiedniu 29. V. 1910 przy tłumnym udziale słuchaczy lekarzy, a w obecności przedstawicieli rządu i miasta. Zarówno na Wiecu, jak i na Zgromadzeniu delegatów

uchwalono jednomyślnie następującą rezolucyę: »Przedstawicielstwo ogółu lekarzy austryackich, pomne, iż obowiązkiem jego jest strzedz godności stanu lekarskiego i bronić jego interesów, oświadcza, iż obstaje przy proponowanej w rządowym projekcie ubezpieczenia społecznego granicy dochodu 2400 kor. Uchwalone przez parlamentarną komisyę ubezpieczenia społecznego brzmienie ustawy oznacza usunięcie wszelkiej granicy dochodu Proponowana tam granica jest tylko pozorną, gdyż złączono ją z warunkiem 3-miesięcznego wypowiedzenia, którego prawie nigdy się nie dopełnia. Zmiana granicy ubezpieczenia zagraża bytowi i stanowisku socyalnemu stanu lekarskiego. Wykonanie tego postanowienia pociągnęłoby za sobą objęcie szerokich kół stanu średniego przymusem ubezpieczenia w kasach chorych, co w najwyższym stopniu zagrażałoby wolnemu wykonawstwu zawodu lekarskiego. Przeciwko temu podnosi Wiec Izb i Związek państwowy jak najostrzejszy protest, uważając za swój obowiązek zwrócić uwagę rządu i innych czynników, że wskutek uchwał komisyi ubezpieczenia społecznego powstało wśród ogółu lekarzy bez względu na narodowość wielkie, a uzasadnione wzburzenie. Lekarze są zdecydowani postanowieniom takim stanowczo się oprzeć i użyć wszelkich ustawą dozwolonych środków, aby przeszkodzić wprowadzeniu tych postanowień w życie«. R. S.

Komisya sanitarna parlamentu austryackiego obradowała d. 19. V. nad projektem ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych. Referent Dr Gold, zdając sprawę z projektu, poruszył konieczność wydania ustaw o zwalczaniu gruźlicy i kiły, o przymusowem szczepieniu ospy, podniósł doniosłość sprawy lekarzy szkolnych i domagał się subwencyonowania lekarskich instytucyi dobroczynnych w zamian za bezpłatność doniesień o przypadkach zakaźnych, oraz poprawy bytu lekarzy rządowych. Podobne stanowisko zajął koreferent, Dr Ellenbogen. Przedstawiciel rządu Dr Haberler oświadczył, że w razie uchwalenia ustawy rząd gotów jest przez lat 10 przeznaczać corocznie po 50.000 kor. zasiłku na lekarskie instytucye dobroczynne. R.

Miejska Kasa chorych w Krakowie, jedna z największych w kraju, ogłosiła świeżo sprawozdanie za r. 1909, zawierające zarazem rzut oka na dwadzieścia lat działalności tej kasy. W pierwszym roku istnienia miała kasa średnią liczbę członków 5448 i wypłaciła zasiłki za 13.501 dni, a w roku dwudziestym (1909) miała średnią liczbę członków 11.776 i wypłaciła zasiłki za 89.666 dni. Przez te 20 lat wyniosły dochody kasy ogółem 3.137.660 k., wydatki 2.992.966, w czem zasiłki 1.089.475, lekarstwa 521.378, lekarze i ambulatoryum 393.886 (dlaczego liczono razem?), kontrola chorych 58.664, administracya 511.178. W odsetkach wynosiły koszta lekarzy i kontroli (podane w sprawozdaniu w tablicy odsetkowej znowu razem, co wytwarza fałszywy obraz sprawy*) w pierwszych latach 7 do 9·5%, w ostatnich około 15·6% ogółu dochodów, koszta administracyi, dochodzące w niektórych latach 18—19%, w ostatnich latach wahają się około 15·4%. Liczba lekarzy wzrosła w ciągu lat 20 z 3 na 14 (8 stałych kasowych i 6 specyalistów), liczba godzin ordynacyjnych dzienna z 5 na 28, liczba roczna porad lekarskich z 3.356 na 28.474**). Sprawozdanie nadmienia, że »praca lekarzy w kasie jest intenzywną, zwłaszcza, że członkowie b a r d z o c z ę s t o ich pracy nadużywają«. Na uwagę zasługują zawarte w tegorocznem sprawozdaniu: Statystyka chorych i uwagi lekarza naczelnego, Dra Stahra. Lekarz naczelny podnosi stopniowe udoskonalenie pomocy lekarskiej w kasie, zwraca uwagę na rozpanoszenie się symulantyzmu pomimo energicznej z nim walki, wzywa do walki z gruźlicą i alkoholizmem. (Kasa oświadczyła gotowość utrzymywania swym kosztem jednego łóżka w sanatoryum ludowem, które ma założyć krakowskie Koło Towarzystwa walki z gruźlicą; ilość zapisywanego jako lek alkoholu znacznie w ostatnich latach lekarze ograniczyli). Z końcowych ustępów sprawozdania zasługuje na wzmiankę skarga na to, że odmówiono kasie pozwolenia na własną aptekę. Zarząd kasy zdaje się w tej sprawie zbyt wielki wpływ przypisywać nieprzychylnej opinii Izby lekarskiej, której czyni z tego powodu zarzuty. R.

*) Wyszczególnienie wydatków znajduje się w tym względzie tylko co do r. 1909: płace lekarzy stałych i ubezpieczenie ich w Zakładzie pensyjnym 24.405·41 k., specyaliści i pomoc doraźna 1076·64 k., dorożki dla lekarzy 2436·48, akuszerki 1132, kontrola chorych 5594·35, utrzymanie ambulatoryum 11.060·82 k. W rzeczywistości więc wynoszą prawdziwe koszta lekarzy stałych (t. j. ich płace), pomimo podwyższenia ich w roku ostatnim, nie 15·8% ogółu dochodów kasy, jakby to się zdawać mogło, ale tylko 8·05%; za godzinę ordynacyjną przypada (licząc godziny i płace lekarzy stałych i specyalistów) po 2·48 k.

**) W r. 1909. Niezbyt jednak dawno liczba ta dosięgała nawet 35.000.

Związek lipski ma zamiar przedłożyć XXXVIII. Wiecowi lekarzy niemieckich rezolucyę, w której wszyscy lekarze przyrzekają, że jedynie za wynagrodzeniem będą ofiarowywać swe usługi wszelkim instytucyom, nawet dobroczynnym, jak Tow. czerwonego krzyża, Tow. opieki nad zwierzętami, wykładom samarytańskim i t. p. Zupełnie słusznie występuje przeciw temu Dr Pürckhauer, lekarz ochotniczej kolumny sanitarnej. Pamiętać o tem należy, że Towarzystwa te nieraz jedynie przez to mogą działać, iż lekarz bezinteresownie im pomaga, i o tem, że należą do nich bezinteresownie i inni, którzy nawet finansowo przyczyniają się do istnienia tych Towarzystw. O ile z jednej strony bronić się powinniśmy przeciwko wyzyskowi np. kas chorych i t. p., o tyle z drugiej w takich wypadkach nie powinniśmy uchylać się od obowiązków filantropijnych, z których stan lekarski słusznie jest dumny. X.

W Sanatoryum dla piersiowo chorych w Szczawnicy, przeznaczonem dla uczącej się młodzieży żydowskiej, a utrzymywanem przez Towarzystwo »Nadzieja«, leczono w r. 1909 32 chorych; bezwzględna poprawa nastąpiła u 4, względna u 26, stan nie zmienił się u 1, a 1 chory zmarł. Sanatoryum zajmuje budynek wynajęty o 6 obszernych słonecznych pokojach dla chorych, prócz tego jest wspólna jadalnia, pokój ordynacyjny i t. d. Utrzymanie zakładu kosztowało w r. z. 4013·27 k., ogół wydatków Towarzystwa 5052·71 k.; fundusze na to pochodzą w przeważnej części z ofiar członków (2601·24 k.), potem z subwencyi (1263·73 k,). Fundusz żelazny wynosi 509·40 k., fundusz budowy własnego domu 1782·13 k. Prócz (najliczniejszej) grupy krakowskiej ma Towarzystwo 11 grup prowincyonalnych. Sprawozdanie podnosi gorliwą i ofiarną pracę lekarza Sanatoryum Dra Rudolfa Hammerschlaga. Prezesem Towarzystwa jest Dr Jan Landau sen., sekretarzem Dr L. Mirtenbaum w Krakowie. R.

Niemiecki Związek dla higieny ludu obchodzi w r. b. dziesięciolecie swego istnienia. Założył go w r. 1899 Beerwald wspólnie z Leydenem, Rubnerem i t. p. Szybko poczęły się rozwijać filie i grupy miejscowe po większych miastach Niemiec, tak, że obecnie Towarzystwo liczy w Prusiech filii 21, w Bawaryi 6, Saksonii 2 i t. p. i 3600 członków. Główne zadania związku są następujące: 1) popularyzacya nauki higieny i praktyczne jej stosowanie w życiu, 2) wydawanie pism o pielęgnowaniu zdrowia, 3) odpowiednie odczyty, demonstracye, kursa i wystawy, 4) wspólna praca z innemi Towarzystwami (np. zwalczania gruźlicy, chorób płciowych, opieki nad chorymi i t. p.). X.

Walkę z gruźlicą rozpoczęto we Włoszech także w wojsku, jak donosi o tem Altobelli. Przedewszystkiem nie przyjmuje się zupełnie do wojska osób nawet z najmniejszemi oznakami cierpienia płuc; i tak za niezdolnych do wojska uważa się już ludzi szczupłych z wąską klatką piersiową i t. p. Lekarze wojskowi mają obowiązek pouczać żołnierzy o zaraźliwości gruźlicy i dbać o odpowiednie ostrożności w koszarach i szpitalach. W razie przypuszczenia gruźlicy, odsyła lekarz wojskowy chorego żołnierza zaraz do szpitala na osobny oddział, a bielizna rzeczy i sala ulegają odkażeniu. Chorzy, którzy zapadli w wojsku na gruźlicę, pozostają w opiece nadal i po uwolnieniu z wojska; w przyszłości mają być dla nich budowane sanatorya wojskowe, by wracając do domu nie zarażali swego otoczenia. Wskutek tych zarządzeń zmniejsza się stale we wojsku włoskiem śmiertelność z gruźlicy. X.

Centralny komitet niemiecki walki z gruźlicą odbył w maju swoje XIV zebranie ogólne. Towarzystwo zwalczania gruźlicy liczy obecnie 1509 członków i rozporządza 97 uzdrowiskami ludowemi na 11000 łóżek i 82 zakładami dla dzieci zołzowatych na 8000 łóżek, prócz tego ma liczne »szkoły w lesie«, kolonie i stacye obserwacyjne. X.

Wielkie znaczenie aseptycznego czystego zbierania mleka od krów objaśnia fakt, podany przez Dra Kunowa. W razie zachowania czystości w stajniach, wymywania rąk osób dojących krowy i utrzymywania w czystości wymion krowy, ilość drobnoustrojów wynosi około 1500, gdy w mleku uzyskanem zwykłą drogą, np. u wieśniaków, ilość drobnoustrojów wynosi nieraz 300.000 i wyżej.

Statystyka nowotworów w Danii, zebrana za pomocą lekarzy praktycznych, wskazuje, że na 100.000 mieszkańców przypada tam 43 chorych rakowych. Po wsiach rak jest rzadszy. Jedna piąta ogólnej liczby przypada na raki żołądka, jedna szósta na raki sutka, jedna siódma na raki macicy, a po jednej dziewiątej na raki skóry i jelit. X

Dla zwalczania nazbyt licznych poliklinik w Berlinie utworzyło się osobne Towarzystwo, mające na celu obronę interesów lekarzy. W poliklinikach leczy się średnio rocznie 20.000 chorych. Wielu lekarzy uważa polikliniki po prostu za prywatne filie swoje, ordynując tam np. rano, a w domu popołudniu. X.

Przeciwko mnożącym się spędzaniom płodu i zachwalaniu środków zapobiegających zapłodnieniu ma być wniesiona w Holandyi nowa energiczna ustawa, karząca bardzo surowo winnych, zwłaszcza jeżeli są nimi lekarze lub położne. X.

Komisya w sprawie usypiania, powołana do życia w Anglii, uchwaliła następujące postulaty: 1) O każdym przypadku śmierci wśród lub wskutek uśpienia donosić należy władzy. 2) Uśpień i znieczulań rdzeniowych dokonywać mogą jedynie aprobowani lekarze, dentystom zaś wolno używać tylko gazu rozweselającego. 3) Medycy odbyć muszą przed uzyskaniem dyplomu lekarskiego 3-miesięczny praktyczny kurs usypiania. X.

Sprawę braku lekarzy wojskowych w Austryi omawia »Allg. Militärärztliche Zeitung«, jako skuteczny środek zaradczy podając założenie internatów dla wychowanków na lekarzy wojskowych. Nadto należy lekarzy już w końcu zrównać stanowczo z wyższymi oficerami, a nie trzymać na równi z oficerami niższych kategoryi i bez wykształcenia, jak to dotąd się dzieje. X.

Nowa ustawa szwajcarska o ubezpieczeniu społecznem wprowadza zarazem w życie wolny wybór lekarzy w kasach chorych. X.

Walkę z partactwem lekarskiem i alkoholizmem, które wyrządzają wielkie szkody ludności polskiej w Ameryce, podjęli na szerszą skalę tamtejsi lekarze Polacy. Za ich staraniem uchwaliła sekcya oświatowa Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie rezolucyę, wzywającą dzienniki polskie, aby zwalczały alkoholizm na zebraniach i zabawach. (»Zgoda« Nr 116). R.

Z administracyi znaczków receptowych.

Sprzedano znaczków:	4 h	1 h
Od roku 1904 do końca kwietnia 1910 .	511,147	431,694
W maju 1910	1,795	5,500
Razem .	512,942	437,194

Dr Żydłowicz, administrator.

Stan epidemii w Galicyi. W czasie od 29. V. do 4. VI. 1910 doniesiono o nowych przypadkach duru plamistego w pow. Bohorodczany (Żuraki 3), Brzeżany (Brzeżany 2, chorzy z Narajowa), Buczacz (Barysz 6, Baranów 1), Grybów (Izby 1, Bieliczna 2, Stawisza 1), Horodenka (Żywaczów 1, Żuków 1, Podwerbie 3, Okno 4, Niezwiska 1), Jaworów (Czerczyk 1, Jazów stary 5, Młyny 6, Jaworów 2), Kołomyja (Buczaczki 2, Balińce 1), Nadwórna (Łuh 5), Rawa (Kamienna 2, Ulicko seredkiewicz 1), Przemyślany (Nowosiółka 2, Dunajów 1), Skałat (Hlibów 1), Stanisławów (Czerniejów 4), Tłumacz (Olesza 2), Zborów (Kudobińce 2); ospy sprawdzono w m. Krakowie i w Stebniku pow. Drohobycz po 1 przypadku. Dr T.

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 29. V. do 4. VI. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 6, ospy 1, płonicy 5, odry 2, duru brzusznego 4 † 1 (2 † —), róży 1 † 1 (1 † 1), tężca 1 † 1 (1 † 1).

Dr Janiszewski.

Choroby zakaźne w Warszawie. Od 17. IV. do 17. V. 1910 przybyło do szpitali warszawskich przypadków: ospy 80 † 16 (w całem mieście † 28), odry 18 († 6), płonicy 26 † 1 († 17), błonicy 13 († 3), róży 23 † 2 († 5), duru plamistego 103 † 6 († 10), duru brzusznego 41 † 7 († 7). (Gaz. lek. Nr 22/23).

Wiadomości bieżące.

Kraków. Jubileusz Prof. Pareńskiego w d. 1. VI. b. r. rozpoczął się o godz. 11 rano w szpitalu św. Łazarza, gdzie w udekorowanej zielenią sali wykładowej zebrali się tłumnie lekarze szpitalni, delegaci urzędników szpitala, słuchacze medycyny i zaproszeni goście. Do Jubilata przemówił naprzód dyrektor Dr Krzyszkowski, wręczając mu dyplom uznania, nadesłany przez Wydział krajowy z podpisem marszałka kraju St. hr. Badeniego i szefa departamentu sanitarnego Dra Bernadzikowskiego, oraz oznajmiając, że ku czci Jubilata powstaje z ofiar dobrowolnych fundusz Jego imienia dla ozdrowieńców, opuszczających szpital św. Łazarza, dosięgający w dniu jubileuszu 6000 kor. Imieniem prymaryuszy szpitala składał Jubilatowi życzenia Prof. Dr Pieniążek, imieniem uczniów Jubilata Dr Habicht. O godz. 6 odbyło się ku czci Jubilata uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego w natłoczonej wprost sali Tow. Przemawiali: prezes r. dw. Prof. Wicherkiewicz imieniem Towarzystwa, prodziekan Prof. Wachholz imieniem Wydziału lekarskiego, wręczając Jubilatowi adres od Wydziału, redaktor Prof. Ciechanowski imieniem Redakcyi »Przeglądu lek.«, wręczając jubileuszowy zeszyt naszego pisma, prezydent Dr Schöngut od Izby lekarskiej, Dr Sopiński od najstarszego pokolenia uczniów Jubilata, Dr Zanietowski od Polskiego Towarzystwa balneologicznego, kanonik Drohojowski od towarzyszy broni z roku 1863, poczem odczytano telegramy z życzeniami w liczbie kilkuset, na ich czele od Polskiego Związku lekarzy i przyrodn. w Petersburgu, od Towarzystwa lekarskiego lwowskiego i wielu innych oddziałów Tow. lek. gal., od Dra Biegańskiego z Częstochowy, od Towarzystwa lekarskiego w Radomiu. Oba obchody, będące gorącą manifestacyą żywych uczuć wdzięczności dla Prof. Pareńskiego ze strony najszerszych sfer lekarskich, zamknęły się przemówieniami Jubilata. Wieczorem odbyła się w Towarzystwie lek. uczta ku czci Jubilata z udziałem prezydyum miasta, delegatów Rady miejskiej, przedstawicieli wielu instytucyi i szerokich kół społeczeństwa. W czasie uczty przemawiali: r. dw. Prof. Wicherkiewicz, dalej imieniem Rady miasta, biorącej urzędownie udział w jubileuszu, wiceprezydent miasta Dr Szarski, następnie Prof. Bylicki, Prof. Łepkowski, Dr Dłuski z Zakopanego, Dr Ebers z Krynicy, Dr Grzybczyk imieniem lekarzy z prowincyi, Prof. Ponikło, Prof. Pieniążek, Dr Schneider, prezydent Izby handlowo-przemysłowej p. Dattner, a szereg przemówień zakończył tradycyjnym toastem Prof. Julian Nowak.

— Rada miejska krakowska uchwaliła urzędownie uczestniczyć w jubileuszu Prof. Pareńskiego i przeznaczyć na fundacyę imienia Jubilata 1000 koron.

— Na fundusz im. Pareńskiego nadesłali na ręce Redakcyi »Przeglądu lekarskiego z Częstochowy: Dr Władysław Biegański kor. 20, Dr Karol Rozenfeld kor. 12,50.

— Na posiedzeniu miejskiej Komisyi sanitarnej w d. 28. V. 1910 przedstawił naczelny lekarz miejski, Dr Janiszewski, projekt budowy szpitala epidemicznego, obliczonego na razie na 158 łóżek (1 łóżko na 1000 mieszkańców); za najpilniejsze budynki uznano prócz części gospodarczej pawilon płoniczy, dom izolacyjny, dom obserwacyjny, rezerwowy barak rozkładany i zakład odkażania. Następnie uznano dur plamisty w Domu kalek za wygasły; naczelny lekarz zdał sprawę ze środków, zastosowanych wobec nowego przypadku tej choroby, zawleczonego z Jaworowa. Utrzymanie nadal miejskiej pracowni chemicznej uznano za konieczne. Na wniosek Prof. Pareńskiego uchwalono przeprowadzić z rządem rokowania o budowę nowego sądu karnego i więzienia przez miasto w zamian za odstąpienie miastu budynków dotychczasowych. Uchwalono wprowadzić ulepszenia w porządku ulicznym. Na wniosek Prof. Domańskiego postanowiono zwrócić się do Rady szkolnej krajowej o drukowanie w wypisach dla dzieci przepisów higienicznych, a na wniosek naczelnego lekarza miejskiego — starać się o drukowanie ostrzeżeń o gruźlicy na torebkach papierowych i papierze do zawijania w aptekach.

— Regulamin Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, opracowany przez wybraną w tym celu komisyę i uchwalony przez komitet Towarzystwa, a dołączony dla członków Towarzystwa do przedostatniego numeru »Przeglądu«, będzie przedmiotem brad na najbliższem pełnem posiedzeniu Towarzystwa w d. 15. VI.

— Dyplom doktorski uzyskała p. Elza Schornstein, rodem z Nowego Sącza, i Paulina Wasserberg, rodem z Krakowa.

Warszawa. Obchód jubileuszowy 50-letniej pracy dra Henryka Dobrzyckiego odbył się 28. V. b. r. w sali Stowarzyszenia lekarzy polskich. Pierwszy przemawiał prezes Stowarzyszenia dr. Henryk Nusbaum, następnie od komitetu jubileuszowego red. Olchowicz, od Towarzystwa lekarskiego dr. Sokołowski, od Tow. higienicznego dr. Polak, od Komitetu Sanatoryum w Rudce p. Stanisław Libicki, od Tow. Zachęty sztuk pięknych p. Eismond, od Tow. Muzycznego p. Ridigier, od Tow. Zamek Pieskowa Skała p. Karpus, od Tow. Biblioteki publicznej prof. S. Dickstein, od »Związku prasy lekarskiej polskiej« i od »Przeglądu lekarskiego« prof. Kryński, od Redakcyi »Gazety lekarskiej« dr. Puławski, od Redakcyi »Medycyny i Kroniki lekarskiej« dr. J. Zawadzki, od Redakcyi »Zdrowia« dr. J. Jaworski. Jubila-

towi wręczono zebrany fundusz Jego imienia, oraz zeszyty jubileuszowe »Gazety lekarskiej« i »Medycyny i Kroniki lekarskiej«. Że wszystkich stron Polski nadeszło sto kilkadziesiąt depesz z życzeniami, oprócz tego nadesłały życzenia różne instytucye naukowe i społeczne zagraniczne.

— Stosunki szpitalnictwa warszawskiego przed objęciem przez miasto maluje dosadnie fakt, że jeden z fundacyjnych majątków szpitalnych, który była Rada Dobroczynności publicznej wydzierżawiała za 735 rb. rocznie, obecnie wydzierżawiono za 2000 rb., przyczem dzierżawca zobowiązał się wznieść w nim nowe budowle kosztem 6000 rb.

— Dzienniki warszawskie donoszą, że dr. Edward Loth, warszawianin, habilitował się w Heidelbergu z zakresu anatomii.

— Wystawa »Czystość to zdrowie« miała frekwencyę 75.000 osób, w połowie bezpłatną; mimo to przyniosła wystawa T-stwu higieny praktycznej czystego zysku około 4600 rb. Na wystawie wygłosiło 38 lekarzy 87 wykładów popularno-higienicznych; broszur rozeszło się 40000 egzemplarzy. Komitet wystawy otrzymał zaproszenie do urządzenia wystawy w Płocku, Mławie, Częstochowie i Skierniewicach.

— Termin nadsyłania materyałów biograficznych do »Słownika lekarzów polskich« (który będzie dalszym ciągiem dzieła Kośmińskiego, a ma obejmować wszystkich lekarzy polskich, chociażby nie ogłaszali drukiem swoich prac lekarskich), upływa 1. lipca b. r. (Adres: Dr. Guranowski, Warszawa, Niecała 7). Komitet redakcyjny stanowią: dr. Arnstein, Guranowski, J. Jaworski, St. Orłowski, A. Puławski, Starkiewicz, Szumlański, Br. Szymański, Winiarski i Zweigbaum. Do współpracownictwa zaproszeni być mają także koledzy z Wielkopolski, Galicyi, Litwy i Rusi, oraz Ameryki.

— »Przegląd chorób skórnych i wenerycznych« ogłasza konkurs im. Wojciecha Oczko na najlepszą pracę, ogłoszoną w tem piśmie w r. 1910 i 1911, z nagrodą 250 rubli.

— Wystawę przeciwgruźliczą w Częstochowie urządza miejscowy oddział warszawskiego Towarzystwa higienicznego we własnym gmachu, w Muzeum higienicznem. Położenie Muzeum u stóp klasztoru Jasnogórskiego, gdzie zbierają się corocznie setki tysięcy pątników, daje wyjątkowe warunki szerokiego spopularyzowania wiedzy o gruźlicy i o środkach ochronnych wobec niej. Wystawa będzie otwarta w d. 28 lipca b. r. i trwać będzie do dnia 23. września. Wybrana z łona członków oddziału Tow. hig. komisya, z dr. Wład. Biegańskim i dr. St. Nowakiem na czele, przystąpiła już do gromadzenia okazów. Program wystawy obejmuje: 1) Przyczyny i skutki gruźlicy, 2) sposoby szerzenia się gruźlicy, 3) zapobieganie, 4) leczenie, 5) statystykę, 6) literaturę gruźlicy.

— W Łodzi odbyło się uroczyste otwarcie »Opieki nad gruźliczymi im. dr. Karola Jonschera«, urządzonej staraniem Tow. »Liga przeciwgruźlicza«. Przy »Opiece« urządzono muzeum przeciwgruźlicze.

Z różnych stron. »Towarzystwo lekarzy polskich w Ameryce«, stawiające sobie za główny cel nadzór nad zdrowiem ludności polskiej w Stanach Zjednoczonych, zawiązało się w czasie Kongresu narodowego polskiego w Waszyngtonie. Zarząd Towarzystwa wybrano następujący: Dr. Wagner z Milwaukee, prezes, Dr. Grabowski z Treuton, N. J., wiceprezes, Dr. Fronczak z Buffalo i dr. Lewandowski z Bostonu, Mass., sekretarze, Dr. Łapowski z New-Yorku, skarbnik. — Dotychczas istniało w Ameryce tylko Towarzystwo lekarzy polskich w Chicago, brakło zaś organizacyi, skupiającej wszystkich lekarzy Polaków w Stanach Zjednoczonych. Myśl takiej ogólnej organizacyi rzucił prof. dr. Ciechanowski w r. 1900 w liście, rozesłanym do wszystkich lekarzy polskich w Ameryce północnej. Myśl ta, przyjęta wówczas życzliwie przez kolegów z Ameryki, narazie nie mogła być wykonana; obecnie wchodzi ona w życie.

— Wśród referatów, nadesłanych do sekcyi naukowo-oświatowej Kongresu polskiego w Waszyngtonie, znajdowały się prócz referatow Dra J. Jaworskiego i Prof. Ciechanowskiego, jeszcze trzy referaty pióra lekarzy: Dra O. Hewelke i St. Kopczyńskiego z Warszawy i Dra St. Lubicza z Wilna. O ile można wnosić ze sprawozdań dzienników amerykańskich, odczytany został tylko referat Dra J. Jaworskiego, a Dr Fronczak zabierał głos w tymże przedmiocie. Sekcya uchwaliła rezolucye, wzywające do zwalczania partactwa lekarskiego i alkoholizmu, przynoszących szkody ludności polskiej w Ameryce.

— Uroczyste otwarcie Ligi walki z gruźlicą w Rosyi odbyło się 20. IV. st. st. w Petersburgu, 23. IV. zaś wybrano stały komitet zarządzający z 38 członków. Prezesem komitetu wybrano Doc. Worobjewa z Moskwy, na członków powołano m. i. z Kijowa: Prof. Wysokowicza i Prof. Tritschela, a z Polski Dra A. Sokołowskiego z Warszawy i S. Sterlinga z Łodzi. W regulaminie dla prowincyonalnych filii Ligi przyjęto zasadę autonomii; filia może się zawiązać, gdy zgłosi się 10 członków.

— Dr Wanda Szczawińska z Paryża zaproszona została przez »Université nouvelle« w Brukseli do wygłoszenia 6 wykładów o wychowaniu i higienie niemowląt.

— Zarząd bośniackiego przemysłu drzewnego poszukuje lekarza. Płaca 6000 kor. Bliższe wiadomości w Izbie lekarskiej zachodnio-galicyjskiej (Kraków, Radziwiłłowska 4).

— Komitet międzynarodowego Zjazdu lekarskiego w Peszcie, zamykając swe czynności, rozesłał wszystkim uczestnikom sprawozdania ogólne ze Zjazdu i z ododwiedniej sekcyi. Całość sprawozdań obejmuje 44 zeszyty. Z nadwyżek dochodów utworzono fundusz (20.000 kor.) nagród międzynarodowych, którym zarządzać będzie peszteński Wydział lekarski, a z którego nagroda będzie przyznana po raz pierwszy na Zjeździe w Londynie w r. 1913. Archiwa Zjazdu oddano do Biura Zjazdów międzynarodowych w Hadze. Wyjaśnień szczegółowych udziela sekretaryat Zjazdu (VIII. Mária-utra, Budapest).

— W Paryżu niezadowolenie przeciwko obecnemu systemowi na Wydziale lekarskim ciagle wzrasta. 24. maja podczas losowania kandydatów do egzaminów przyszło do burzliwych scen, tak że wkroczyć musiała policya i doszło do bójki studentów z policyą. X.

— Dr Marya hr. v. Linden, kierowniczka oddziału w zakładzie higienicznym uniwersytetu w Bonn, otrzymała tytuł profesorski. Jest to, zdaje się, jeden z pierwszych przypadków pozyskania tego tytułu przez kobietę.

— W mumiach (z 18—20 dynastyi), jak donosi Rupper, stwierdzono drobnowidowo różne cierpienia, jak zapalenia płuc, ropnie, marskość wątroby, zapalenia nerek i t. p. (Brit. med. Journ. 1. I.). A.

— Celem zwalczania raka macicy przez wczesne zwracanie uwagi chorych na to cierpienie, poleca Müller dawać pacyentkom karteczki z następującemi wiadomościami: Objawy raka macicy i cierpień, budzących jego przypuszczenie, są następujące: 1) nieregularne krwotoki, zwłaszcza podczas ustawania okresu miesiączkowania, 2) krwotoki po stosunku płciowym, 3) wypływ podobny do popłuczyn mięsnych ropno-krwawy ew. cuchnący, 4) bóle występują dopiero w dalszych okresach choroby, 5) w razie wystąpienia jednego z tych objawów powinna chora zwrócić się zaraz do lekarza celem zbadania, 6) rak macicy operowany wcześnie, jest cierpieniem uleczalnem. X.

— Wpływ rasy na śmiertelność dzieci badali Cabot i Richie i doszli do następujących danych: u żydów rodzi się najwięcej dzieci nieżywych i najwięcej umiera niemowląt. U Włochów umierają dzieci głównie na choroby zakaźne i zapalenia płuc. U Anglików rodzi się mało dzieci nieżywych.

Mianowani: Docenci: Pankow (ginekolog), Bumke (psychiatra), Gierke i Schridde (patologowie) we Freiburgu w/B. profesorami.

Zmarli: Dr Ludwik Forsteter w 61 r. ż. w Białymstoku, Dr Mieczysław Waryński w 41 r. ż. w Kijowie, Dr Adolf Podbielski w 41 r. ż. w Sokołowie, Dr Józef Rogoziński w 58 r. ż. w Warszawie, Dr Bronisław Olszewski w N. Sączu w 48 r. ż., Dr Kazimierz Czerwiński, lekarz powiatowy w Bóbrce, w 41 r. ż., anatom Prof. Zuckerhandl w Wiedniu.

Redakcya otrzymała. W. Janowski: Współczesne metody badania serca. Warszawa. 1910. Nakładem Towarzystwa naukowego warszawskiego. Str. 176. — Higier: 1) Beitrag zur Prognose der akuten u. subakuten Encephalitis und Poliencephalomyelitis. »Zeits. f. d. ges. Neur. u. Psych.« 1910. 2) O nowszych podręcznikach historyi medycyny. 3) Stanowisko kliniczne i anatomo-patologiczne niektórych postaci chorób mózgowia dziedzicznych i rodzinnych. »Medycyna i Kronika lek.« 1910. — R. Spira: 1) Uber die Behandlung akuter Mittelohrentzündungen mit der Stauungshyperaemie nach Bier. »Monats. f. Ohrenh.« 1910. 2) Tożsamo po rosyjsku. »Wiestnik uszn. bol.« 1910.

Bibliografia.

Jahreskurse für ärztliche Fortbildung. Zeszyt VI. Monachium J. F. Lehmann. Cena 2,20 Mk.

Czerwcowy zeszyt wydawnictwa poświęcono chorobom dzieci. Prof. Pfaundler podaje poglądowe sprawozdanie z now-

szych zdobyczy w zakresie patologii i leczenia zaburzeń odżywiania u niemowląt, omawiając ogólnie etyologię i przyrodę tych spraw, poglądy Finkelsteina, oznaki zaburzeń odżywiania (zmiany wagi ciała, gorączki, zboczenia stolca, moczu i inne objawy), oraz ogólne wskazania lecznicze. Doc. Moro streszcza wyniki nowszych badań nad gruźlicą w wieku dziecięcym, rozpatrując próbę tuberkulinową naskórną (własną metodą), inne próby »biologiczne«, wykrywanie prątków, inne kliniczne sposoby rozpoznawania i stan obecny nauki o zołzach. Z.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Posiedzenie Towarzystwa lekarskiego krakowskiego odbędzie się we środę d. 15. czerwca 1910 o godz. 6 wieczór w domu Towarzystwa (Radziwiłłowska 4). Na porządku dziennym: 1) Dr Spira: Zadanie lekarza chorób usznych w szkole. 2) Dyskusya nad projektem Ustawy Towarzystwa lek. krak.